LUIGI DE MARCHI FABIO FRANCHI

AIDS
la grande truffa

EDIZIONI
SEAM

«La peste è tra noi», «La nuova Apocalisse», «Una minaccia terrificante»: questi erano i titoli con cui le prime pagine dei giornali e dei TG annunciavano, una diecina d'anni fa, gli sviluppi inevitabili e imminenti dell'AIDS. Erano tempi in cui Ronald Reagan definiva l'AIDS «il nemico pubblico n.1»; in cui Fidel Castro apriva appositi campi di concentramento per i malati di AIDS; in cui il Cardinale Siri indicava nell'AIDS «un inesorabile strale celeste, scoccato da Dio per punire i peccatori»; in cui su tutti i teleschermi, come scrisse poi Beniamino Placido, «campeggiava la faccia dolente del prof. Fernando Aiuti, il cui nome stesso spingeva noi tutti a gridare atterriti «Aiuto!».

In retrospettiva, quelle parole e quei gesti irresponsabili appaiono parte integrante d'una colossale campagna terroristica che, come documenta qui l'infettivologo Fabio Franchi, poggiava e poggia su una ridda di mistificazioni: dalla «scoperta» del virus alla «spiegazione scientifica» della patologia, dalle previsioni epidemiologiche alla ricerca d'un vaccino impossibile, dall'annunciata «catastrofe americana» alle letali «terapie», dai test inaffidabili alle «prove» dell'esistenza stessa del cosiddetto virus HIV.

A sua volta Luigi De Marchi, pioniere italiano ed internazionale d'un dissenso scientifico che conta ormai 700 specialisti di 23 Paesi, analizza in questo libro i fattori psicologici di massa e di vertice sottesi all'ondata di terrore e terrorismo che ha accompagnato l'incredibile epidemia di menzogne conosciuta col nome di AIDS. Ecco dunque un libro rasserenante per chi ha paura dell'AIDS e temibile per chi, sul terrore, ha costruito speculazioni politiche, confessionali e commerciali o carriere gloriose e lucrose.

***Luigi De Marchi**, psicologo clinico e sociale, è stato iniziatore e presidente delle scuole di Reich, Rogers e Rank in Italia ed è presidente onorario della Società Italiana di Psicologia Politica. Protagonista di molte battaglie per i diritti civili, è autore di numerosi saggi pubblicati in Europa e in America.*

***Fabio Franchi**, specialis*
metodologia scientifica e p
il Riesame dell'Ipotesi HIV,

ISBN 88-8179-048-3

EDIZIONI
SEAM

Lire 30.000 (i.i.)

LUIGI DE MARCHI   FABIO FRANCHI

AIDS
la grande truffa

EDIZIONI
SEAM

Prima edizione: ottobre 1996

© by EDIZIONI SEAM
STUDIO EDITORIALE A.M. srl
Via Giovanni Pacini, 23 - 00198 ROMA
Tel. 06/85301832 - Fax 06/85303024

Copertina:
«Io-virus»
Immagine di Paolo Bresciani

PREFAZIONE

Quasi dieci anni sono passati da quando, per primo nel mondo, cominciai a denunciare con articoli, interviste e conferenze stampa la grande mistificazione terroristica imbastita intorno all'AIDS nel nostro Paese come in tanti altri. Non fu di certo, quella, una posizione facile da assumere, nel clima allora dominante.

Erano tempi in cui sui massimi giornali italiani e stranieri campeggiavano a caratteri cubitali, in prima pagina, titoli del tipo «La peste è tra noi» oppure «AIDS: la nuova Apocalisse» o ancora «Il virus dello sterminio».

Erano tempi in cui, senza la minima coscienza della propria grottesca comicità, i direttori dei telegiornali di Stato annunciavano, con faccia e voce costernate, che a Roccacannuccia si era riscontrato un nuovo caso di AIDS (dicesi uno): e la ferale notizia veniva comunicata a un popolo di 60.000.000 di persone, delle quali,

ogni anno, 12.000 morivano d'automobile, 120.000 di cancro e 240.000 di malattie cardiovascolari.

Erano tempi in cui Ronald Reagan definiva l'AIDS «il nemico pubblico n.1» e Margaret Thatcher concludeva il messaggio di Capodanno alla Nazione con la frase melodrammatica: «Che Dio salvi l'Inghilterra dal flagello della nuova peste!»[1].

Erano tempi in cui il cardinale Siri, in un'intervista al settimanale di «Comunione e Liberazione», proclamava che l'AIDS era «uno strale celeste, una malattia inviata da Dio per punire il peccato sessuale» e un vescovo toscano intimava: «Chi ha il sospetto d'essere contagiato bussi alla porta del prete e cada in ginocchio, chiedendo perdono per i suoi peccati»[2].

A quel clima terroristico tentai di reagire dal dicembre '86 con una serie di interviste, documentazioni e conferenze stampa, una delle quali, l'11 febbraio '87, era significativamente intitolata: «AIDS: Allarmismi Infondati» e già contestava la centralità del virus HIV nello sviluppo delle patologie definite «AIDS».

Ma quelle mie documentate rassicurazioni, che dimostravano l'esiguità estrema del «rischio AIDS» e denunciavano *l'intrinseca incongruenza* dei dati allarmistici diffusi dagli «esperti», anziché essere accolte e discusse serenamente come un contributo indipendente e ragionato a un dibattito allora, come oggi, tutt'altro che concluso, scatenarono i furori delle nostre autorità sanitarie. Il ministero della Sanità diramò un apposito comunicato in cui, additandomi per nome e cognome alla pubblica esecrazione, sentenziava seccamente: «Le informazioni diffuse dal prof. Luigi De Marchi sono inopportune e pericolose»[3]. E poco dopo Fernando Aiuti, collaudando con me il linguaggio incivile che avrebbe poi esteso anche a Duesberg, rincarò la dose definendole «delittuose».

Non mi fu difficile rispondere che, quanto a pericolosità sociale, mentre le mie documentate rassicurazioni non avevano fatto male a nessuno, le «informazioni scientifiche» diffuse dalle nostre autorità responsabili (ironia del termine) nel corso delle loro innumerevoli passerelle radiotelevisive avevano concorso a produrre una gragnuola di tragedie: suicidi, omicidi, rapine alla siringa, bambini rifiutati dagli ospedali, prostitute alla fame, sieropositivi espulsi dal lavoro o ributtati nella droga, cacce all'untore.

Tutti questi orrori, infatti, avevano la loro comune matrice nella infondata e irresponsabile esagerazione del «pericolo AIDS» promossa dalle autorità sanitarie e dalla radiotelevisione di Stato e zelantemente emulata dai «velinari» dell'informazione privata, sia stampata che radiotelevisiva. Questa esagerazione, a sua volta, poggiava su *due basilari distorsioni dei fatti,* che denunciai chiaramente.

La *prima* consisteva nel proclamare che l'AIDS minacciava la popolazione in generale, mentre era evidente già allora che nel corso di vari anni (dal '79 all'87) la malattia era rimasta quasi esclusivamente limitata ad una piccola frazione di alcuni e ben definiti gruppi a rischio (drogati intravenosi, omosessuali, politrasfusi). E ancor oggi, in Europa e negli Stati Uniti, la situazione non è sostanzialmente cambiata, nonostante le acrobazie diagnostiche e statistiche con cui si è tentato di contraffarla, mentre in Africa e in altri Paesi del Terzo Mondo la conclamata diffusione della malattia in tutta la popolazione è, come vedremo, un evidente artefatto statistico, attribuibile alla rubricazione sotto il nuovo termine di AIDS di patologie da sempre endemiche in quelle popolazioni.

La vergognosa motivazione di questa menzogna terroristica fu del resto apertamente riconosciuta, già alla

fine degli anni '80, da Rand Stornburner, direttore del Dipartimento per le Ricerche sull'AIDS al Dipartimento di Sanità dello Stato di New York:

> In molti ambienti scientifici si è ritenuto che, se la malattia fosse stata presentata come una patologia circoscritta a pochi gruppi a rischio, essa non avrebbe attratto l'attenzione dell'opinione pubblica e delle autorità: di quelle autorità, in particolare, che hanno il potere di stanziare i finanziamenti sanitari più massicci[4]...

E un altro funzionario dei Centri epidemiologici di Atlanta ha dichiarato al *Los Angeles Times*, con un'onestà inconcepibile per i nostri «esperti»:

> Se l'AIDS non fosse stata vista come una sindrome minacciosa per la popolazione in generale, i soldi non sarebbero mai arrivati[5].

La *seconda, folle distorsione dei fatti,* consisteva nel presentare i sieropositivi come altrettanti «condannati a morte», destinati a morire nel giro di 18 mesi. Tra i drogati e gli ex drogati, quest'asserzione terroristica spinse molti a continuare ed a riprendere le pratiche di tossicodipendenza: dovendo morire era meglio morire col conforto della droga... Così la grande opportunità, offerta da una patologia chiaramente tossico-correlata, di spingere molti giovani ad uscire dalla droga fu delittuosamente trasformata in una sollecitazione a restare o a ricadere nella tossicodipendenza.

Il terrorismo praticato nei confronti dei sieropositivi costituisce ancor oggi il monumento più scandaloso all'irresponsabilità e all'incompetenza della nostra «scienza ufficiale». Nel 1986 il Consiglio Superiore di

Sanità valutava a 200.000 i sieropositivi, a 10 mesi il tempo della loro duplicazione e a 18 mesi la loro sopravvivenza media. Se quelle cifre che terrorizzavano l'opinione pubblica fossero state vere, oggi in Italia i morti per AIDS sarebbero stati 26.000.000 e *tutti* gli italiani sarebbero ormai sieropositivi e condannati a morte. Viceversa, in barba ai nostri «super-esperti», i sieropositivi sono oggi *diminuiti* a 100.000 ed i morti per AIDS sono poche migliaia, nonostante l'inclusione sempre più generosa di nuove patologie nella diagnosi di AIDS e la mancanza di terapie valide non arrivano allo 0,3 % delle proiezioni di allora.

Naturalmente, le nostre benemerite autorità sanitarie sostengono che la tragedia è stata evitata proprio grazie ai loro provvidi ammonimenti che hanno indotto la popolazione a un'estrema cautela nei rapporti sessuali. Ma è una tesi a dir poco patetica nella sua inconsistenza perché soprattutto tra i giovani, cioè nella popolazione più esposta alla «peste», nessuna ricerca ha potuto rilevare né un generale ritorno alla castità né una maggiore diffusione dei rapporti protetti, *come gli stessi «esperti» hanno lamentato.* E difatti la diffusione delle malattie veneree, in questi stessi anni, non è affatto diminuita.

Fortunatamente, una parte della stampa italiana pubblicò, almeno sommariamente, le nostre documentazioni rassicuranti. *Così, a partire dal giorno successivo alla nostra grande conferenza stampa dell'11 febbraio '87, lo spazio destinato all'AIDS dalla stampa italiana di ridusse di ben 2/3.* E ciò contribuì sicuramente a sgonfiare la «psicosi dell'AIDS» nel nostro Paese già vari mesi prima che, anche negli Stati Uniti, si affermassero le voci del dissenso. Purtroppo, la violenza sprezzante con cui le autorità sanitarie avevano condannato (senza beninteso di-

scuterla o confutarla) la nostra prima documentazione indusse vari media a non pubblicare le successive. Ma l'effetto psicologico della prima documentazione sopravvisse tenacemente, rendendo tutti i media italiani molto più cauti nell'accogliere e nel propalare notizie allarmistiche, salvo casi particolari di trasparenti «interessi di bottega».

Siamo abituati a pensare che l'intellettuale sia, per sua natura, un anticonformista. E spesso la storia e la cronaca ce ne danno conferma. Ma, *quando c'è di mezzo la sessualità e la morte, la capacità degli uomini di cultura e di scienza di ragionare in modo indipendente* spesso crolla del tutto.

Me n'ero dovuto accorgere già negli anni '50 quando, interessandomi ai problemi della sessualità, avevo scoperto *che quasi nulla era stato scritto in Italia sulla questione durante tutta la prima metà del secolo* e che, dopo la caduta del fascismo, la Trimurti catto-crociano-marxista che dominava la cultura italiana aveva non solo perpetuato ma accentuato la congiura del silenzio su quei temi «scabrosi». (E anche per questo il libro che pubblicai presso un prestigioso editore nel 1958, *Sesso e civiltà*, che era stato un vero e proprio sparo nel buio del tartufismo di quegli anni, stampò rapidamente tre edizioni ma fu largamente ignorato dalla maggior parte dei nostri media, allora come oggi obbedienti agli «ordini di scuderia».)

Molto simile è stata la mia esperienza nel dibattito sulla *questione demografica* e nella mia battaglia per la *contraccezione.* Gli specialisti di questi due campi, i demografi e i ginecologi, che pure erano a diretta conoscenza, per la loro stessa attività professionale, delle tremende sofferenze psico-fisiche e dei disastri familiari e sociali, prodotti dalla prolificità incontrollata, non hanno mai saputo o voluto comprendere, e tanto meno segnalare, l'urgenza d'una rapida divulgazione dei principi e dei metodi denatalisti. Così, la mia battaglia per abrogare i divieti penali alla contraccezione e per cambiare la mentalità e il costume italiano in questo campo ha dovuto essere iniziata, condotta e vinta senza il benché minimo appoggio di questi «scienziati» d'accademia sistematicamente latitanti. Ma perché latitanti?

Ancora una volta, perché la prolificità eccessiva e la contraccezione investivano i temi della sessualità, sui quali anche la mente di molti «scienziati» risulta succube del pregiudizio e del conformismo.

Nel caso dell'AIDS il fenomeno si è sostanzialmente ripetuto in forma addirittura esasperata, forse perché si trattava e si tratta d'una malattia *non solo sessuale ma anche mortale*.

E tuttavia, le mistificazioni di tanti «esperti» non avrebbero comunque prodotto i disastri che hanno prodotto se non fossero state rilanciate e amplificate da certi «maestri di giornalismo» affamati assai più di denaro e di notorietà che di verità. Il caso più impressionante, in questo campo, si è avuto probabilmente col lancio spettacolare, negli anni '80, del libro di Enzo Biagi, *Il sole malato*, dedicato appunto alla descrizione della «spaventosa bomba epidemica» ormai innescata in Africa[6]: una truffa internazionale smascherata alle pp. 33-40 e 93-97 di questo libro.

Appena il libro è giunto in libreria, la potente macchina pubblicitaria e la folta schiera di pennivendoli controllate dall'editore sono entrate in azione. Il più diffuso settimanale politico-culturale italiano, non a caso appartenente alla stessa editrice che aveva pubblicato il libro, dedicava la copertina al «Viaggio di Enzo Biagi attraverso la nuova peste» [sic!] e pubblicava alcuni degli estratti più terrificanti del libro.

La copertina titolava «Inferno AIDS» e proponeva, accanto ad una «rappresentazione elettronica» del virus (in realtà, come vedremo, mai fotografato) la foto di Biagio-Alighieri che, reduce dalla sua visita agli inferi africani, presentava al popolo il frontespizio della sua «Divina Commedia» (forse non altrettanto bella, ma certo assai più fantasiosa)[7].

Se però si aveva la pazienza di scorrere le pagine dell'opera memorabile, si scopriva che la sua documentazione della «peste» si riduceva a poche interviste con pochi malati, tutti appartenenti ai gruppi a rischio.

Già allora le statistiche segnalavano il netto declino del tasso di espansione dell'AIDS negli Stati Uniti e le dichiarazioni dei dirigenti del Centro epidemiologico di Atlanta consigliavano un drastico ridimensionamento dei precedenti allarmismi, ma il «maestro» del giornalismo nostrano non poteva dar retta a certe quisquillie, ansioso com'era di suonare le trombe dell'Apocalisse.

> La malattia – egli scriveva pertanto – già colpisce in Africa 5.000.000 di uomini e donne, senza differenza. È un quadro apocalittico che supera di gran lunga le carestie del Sahel e non fa distinzione né di classe né di età.

Anzitutto, per far colpo Biagi equiparava sbrigativamente la sieropositività (calcolata con i metodi antiscientifici che abbiamo visto) con la malattia conclamata, mentre era già allora arcinoto che solo una modesta percentuale di sieropositivi poi si ammala: con lo stesso criterio, Biagi avrebbe potuto considerare gran parte degli europei varicellosi solo perché hanno gli anticorpi contro il virus della varicella o encefalitici perché soffrono di mal di testa.

Dire poi che la tragedia dell'AIDS supera di gran lunga le carestie del Sahel subsahariano era una licenza ben poco poetica, che suona insultante per le tragedie davvero bibliche delle carestie africane.

Per spiegare lo zelo terroristico di Biagi può essere utile analizzare il linguaggio sprezzante con cui il «maestro di giornalismo» si rivolge nel libro a una donna nera che ha il «torto imperdonabile» di far l'amore con vari uomini:

«Scopi con bianchi o con neri?» le domanda il Nostro, con squisito garbo e rispetto.

«Con gli uni e con gli altri. Sono una donna libera» risponde lei, con una dignità che non scalfisce minimamente l'arroganza dell'intervistatore.

«La "libera" – commenta sarcasticamente Biagi – va in ufficio o a scuola o in chiesa: e prega»[8].

Donde si evince chiaramente che, per il nostro Biagione-Bacchettone le donne libere non hanno diritto né di lavorare, né di pregare.

E poche righe più avanti, sempre equivocando tra sieropositività e malattia, Biagi ci informa che «l'infezione riguarda l'80% delle sgualdrine»: come si vede, una terminologia molto scientifica.

Di fronte a passi come questo, ogni recensore intelligente e responsabile poteva agevolmente capire (come capii e scrissi io, in quei giorni) che *Il sole malato* era l'opera d'un fabbricante d'angoscia ossessionato dal bisogno di metabolizzare in «informazione di cassetta» la sua grezza sessuofobia e fame di fama.

Ma non lo capirono di certo gli allievi di cotanto Maestro, anche perché, per lanciare su scala internazionale quel capolavoro del genio italico, l'onnipotente editore non badò a spese, organizzando un'apposita *tournée* americana per Biagi e per un folto stuolo di

giornalisti incaricati di eternare i suoi incontri col mondo culturale e scientifico degli Stati Uniti.

Sappiamo bene che la denuncia di questa balorda «biagianata» potrebbe scatenare contro di noi il linciaggio dell'industria culturale, ma ciò servirebbe solo a dimostrare ancora una volta quanto siano ormai perseguitate, nel nostro Paese, l'oggettività e la libertà dell'informazione.

Particolarmente impressionante è stata la capitolazione della stessa cultura laica dinanzi al terrorismo delle «autorità». Non mi risulta che ci sia stato in quegli anni un solo esponente della cultura laica che abbia tentato di opporsi alla «psicosi dell'AIDS». Al contrario, più d'uno s'è adoprato a dipingere scenari apocalittici, tutti basati sugl'insostenbili assunti teorici o statistici degli «esperti».

Così per esempio Mario Pirani, pur attento ed equilibrato osservatore della realtà italiana ed internazionale, scriveva nel gennaio dell'87 che, anche se non ce ne accorgevamo, l'AIDS stava producendo nel mondo «l'equivalente di 100 Cernobyl che avrebbero inoculato la radioattività mortale nel sangue di milioni e milioni di individui»[9].

A sua volta Massimo Fini, uno scrittore e giornalista solitamente molto anticonformista, scriveva alla fine degli anni '80: «Forse non ce ne siamo ancora accorti, ma l'AIDS è, tra le altre cose, una micidiale spina nel fianco della società industriale, che rischia di distruggerla o ridimensionarla... Se l'AIDS continuerà ad andare al raddoppio (e, quali che siano le contromisure adottate, ci andrà matematicamente per almeno 5 anni) nel 1996 ci saranno, solo in Italia, 500.000 malati, che non saranno più né curabili né assistibili, per mancanza di risorse economiche e umane. Come nel Medioevo, i malati verranno gettati nei lazzaretti o abbandonati a se stessi...»[10].

Non poteva mancare, in questo generale «De Profundis», il più instancabile osservatore del nostro costume «pubblico & privato», Francesco Alberoni, che sulla prima pagina del *Corriere della sera* indicava nell'AIDS il motore d'una «rivoluzione culturale» di segno monogamico e spiritualista cui plaudiva con lo stesso entusiasmo mostrato, dieci anni prima, per la «liberazione sessuale» di stampo sessantottino[11].

Ho citato questi tre esempi proprio perché si tratta di intellettuali normalmente tutt'altro che inclini al bigottismo: il loro sbandamento critico mi sembra evidenziare in modo lampante la potenza delle dinamiche psicologiche sottese al terrore e al terrorismo in materia di AIDS che cerco di analizzare nella parte quarta di questo volume.

E tuttavia, rispetto agli anni '80, molta acqua è passata sotto i ponti. Nell'86 e nell'87, opporsi alla psicosi dell'AIDS era un'impresa oscillante fra l'eroico e il masochistico. Oggi, il movimento del dissenso raccoglie oltre 700 tra virologi, infettivologi, epidemiologi ed altri specialisti di 23 nazioni, tutti indignati dalla colossale mistificazione e speculazione imbastita intorno all'AIDS.

Nell'86 e nell'87, inoltre, si poteva tutt'al più denunciare (come facevo io) l'insostenibiltà dei dati e delle proiezioni epidemiologiche con cui le «autorità responsabili» terrorizzavano la popolazione o contestare (come faceva Peter Duesberg) l'attendibilità della teoria virale. Oggi invece, come dimostra l'infettivologo Fabio Franchi nella parte seconda del volume, *tutto risulta mistificato* nella presentazione dell'AIDS promossa dall'*establishment* sanitario e farmaceutico: dalla «scoperta» del virus alle «prove» della sua stessa esistenza,

dalla definizione della malattia alle metodologie diagnostiche, dall'affidabilità dei test ai termini dell'incubazione, dalla ricerca d'un «vaccino impossibile» alle «terapie» spesso letali, dall'«allarme prostitute» alla «minaccia africana».

Oggi, infine, basta un'occhiata al *Compendio statistico degli Stati Uniti* (*Statistical Abstract of the United States,* 1994) per scoprire che nel Paese (appunto gli Stati Uniti) e nel periodo (1980-90) in cui, stando alle fandonie dell'*establishment,* avrebbe infuriato con la massima violenza la cosiddetta «peste del 2000», la mortalità *non solo non è aumentata, ma è calata sensibilmente.*

Nella parte quarta del volume cerco di mettere a fuoco i fattori psicologici profondi che hanno concorso a produrre il terrorismo e il terrore dell'AIDS. Beninteso, a quei fattori profondi (e spesso inconsci) si sono presto aggiunti i calcoli economici, carrieristici, politici ed ecclesiastici di chi ha visto nell'AIDS un'*ottima occasione* per assicurarsi grande ricchezza, popolarità e prestigio mediante l'organizzazione e la direzione di programmi faraonici di ricerca, assistenza e propaganda, per vendere su scala di massa farmaci costosissimi (anche se inutili e tossici) e per imbastire sull'AIDS (come hanno fatto vari politici e prelati grandi e piccoli: da Reagan a Le Pen, da Chirac a Margaret Thatcher, da Donat-Cattin a De Lorenzo, dal cardinale Siri a certi vescovi) una vasta operazione di restaurazione politico-religiosa.

Sennonché la «peste del 2000» sta rivelandosi solo un altro caso di «peste emozionale», come Wilhelm Reich definiva la psicosi. E il Cavaliere dell'Apocalisse, l'araldo terrificante del ritorno alla castità e alla castigatezza sessuale (evocato con zelo perché, senza spauracchi cruenti, queste «supreme virtù» non sembrano molto apprezzate dagli umani) è rimasto ai nastri di partenza.

Ora sta iniziando il crollo della «grande menzogna»: un crollo che spero possa trascinare nella rovina i troppi fabbricanti e mercanti d'angoscia che si annidano nei palazzi del potere politico, religioso, farmaceutico, scientifico e giornalistico.

Una prima avvisaglia si è avuta con la recente, clamorosa protesta inscenata contro Fernando Aiuti per l'accaparramento dei cospicui fondi dell'assistenza. Ma è solo l'inizio: presto, grazie anche a questo libro, la gente capirà che *l'intera vicenda dell'AIDS è stata ed è una grande truffa.*

Un'ultima riflessione. L'epidemia di bugie scoppiata intorno all'AIDS non avrebbe potuto prodursi né diffondersi senza un fondamentale «co-fattore» (per usare un termine caro agli «esperti» dell'AIDS): la terribile viltà morale e intellettuale di troppe illustri «autorità» civili e religiose, politiche e scientifiche.

E, simmetricamente, questo libro e tante altre pubblicazioni del dissenso non avrebbero mai potuto essere scritte né pubblicate se, a far da contrappeso al conformismo ed alla sua inerzia mentale, non esistesse nel mondo anche il «pensiero divergente», cioè quel tipo di pensiero che rifiuta le verità e le spiegazioni precotte ed istintivamente cerca, per ogni problema, nuove ipotesi di lavoro e soluzione. È il pensiero che da tempo la psicologia considera caratteristico della personalità creativa e indipendente.

È questo tipo di pensiero il «sale della Terra e della Storia» che andrebbe valorizzato nella selezione da applicare in ogni campo, e in primo luogo nella scuola. Purtroppo anche l'ultima cosiddetta «rivoluzione» promossa dal patrio governo nella nostra scuola va, come tutte le precedenti, in senso opposto, privile-

giando come sempre la moltiplicazione del bagaglio nozionistico e delle scartoffie accademiche e trascurando come sempre le doti espresse e potenziali di umanità, empatia, creatività e indipendenza intellettuale della persona.

LUIGI DE MARCHI

RINGRAZIAMENTI

Questo libro vuole anche testimoniare la mia gratitudine per alcuni grandi uomini e donne di scienza e di cultura che hanno amato la verità più dei loro vantaggi personali e, proprio per questo, sono stati oggetto di odiose discriminazioni e vengono quotidianamente imbavagliati dall'*establishment*.

Mi riferisco in particolare alla ricercatrice australiana Eleni Eleopulos, al suo collega Valendar Turner, al virologo americano Peter Duesberg e all'analista John Lauritsen (autori di opere fondamentali per la conoscenza delle reali cause del cosiddetto AIDS e di altre malattie), ma anche a Joan Shenton, Hector Gildmeister e Michael Verney-Elliot (autori di coraggiosi documentari televisivi sull'AIDS ed altri scandali sanitari) nonché a Stephan Lanka, virologo di formazione tradizionale che ha dato un contributo determinante alla rottura di molti tabù dell'odierna biologia molecolare.

Voglio ricordare anche il dr. Giuliano Ferrieri, giornalista scientifico di chiara fama che ha saputo e voluto dare spazio, nei suoi articoli sull'AIDS, anche alle voci del dissenso; Luca Rossi, autore della splendida intervista agli epidemiologi del CCD; il giornalista Neville Hodgkinson del *Sunday Times,* autore di documentate inchieste sulla reale situazione dell'AIDS in Africa; l'avv. Paolo Brunetti, direttore di «Carta 2000» e organizzatore, insieme al dr. Raul Vergini, del Convegno alternativo dell'AIDS (Bologna, 1994); Michael Ellner e Frank Buianouckas, fondatori di un'organizzazione americana, HEAL, che ha salvato e continua a salvare migliaia di sieropositivi da micidiali «terapie» dell'*establishment;* Paolo Barnard, giornalista televisivo autore d'una intervista finalmente serena a Peter Duesberg e Kary Mullis; Robert Laarhoven, organizzatore del Primo Congresso Mondiale del dissenso sull'AIDS, svoltosi in Olanda nel 1992, nonché il prof. Pietro Croce, coraggioso apostolo d'una medicina finalmente affrancata dalla corsa al potere, al denaro e al divismo e autore di un'opera, *Vivisezione o Scienza,* che tutti, ma specialmente i medici, dovrebbero leggere.

Né voglio dimenticare l'aiuto ed i consigli preziosi dei miei cari genitori e degli amici Walter Pansini, Luciana Polesei e tanti altri.

Ma un ringraziamento particolare va, naturalmente, a Luigi De Marchi, pioniere italiano ed internazionale della battaglia contro le mistificazioni dell'*establishment* politico-sanitario sul tema dell'AIDS, che da dieci anni denuncia l'insensatezza e gli orrori del terrorismo ufficiale e ne analizza le radici psico-culturali più profonde.

Senza l'energia morale e intellettuale di Luigi De Marchi, questa mia ricerca non avrebbe mai visto la luce.

FABIO FRANCHI

PARTE PRIMA

LE MISTIFICAZIONI DELLA «SCIENZA UFFICIALE»

Capitolo primo

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

La teoria virale dell'AIDS finora ci ha portato tre cose: una cura che non c'è, un vaccino che non c'è ed i preservativi che c'erano già.
Harvey Bialy

Sono passati ormai più di dodici anni da quando le autorità sanitarie hanno cominciato ad annunciare al mondo intero che l'umanità era minacciata da una nuova terribile peste, la cosiddetta «peste del 2000» che nell'arco di pochi anni avrebbe colpito decine e decine di milioni di persone continuando ad espandersi a macchia d'olio fino a diventare veramente il flagello del secolo che sta per finire e di quello che sta per cominciare.

Nonostante questi allarmi spaventosi, però, l'AIDS continua a restare una epidemia molto più piccola di quel che si vuol far credere, confinata – in Occidente – ad alcuni gruppi a rischio ben precisi e, nel continente a lungo descritto come una sorta di gigantesca bomba virologica appesa sul mondo intero, cioè in Africa, gonfiata da una definizione artificiosa, capace

di riunire sotto il suo largo ombrello malattie antiche cambiandone il nome. Di fronte a questa realtà è lecito domandarsi se non fosse interamente errata tutta la teoria su cui era stato costruito il mito della «peste del 2000». E in effetti proprio in questo campo, cioè nella identificazione delle cause di questa sindrome proteiforme, si moltiplicano non solo le obiezioni ma le documentate dimostrazioni della infondatezza della teoria ufficiale.

Dopo oltre dodici anni di studi approfonditi e l'impiego di tecnologie ultrasofisticate, il cosiddetto virus dell'AIDS continua infatti a sfuggire alla caccia spietata di decine di migliaia di ricercatori in tutto il mondo. Per giustificare questo fiasco colossale e questo vergognoso sperpero di risorse (decine, forse centinaia di migliaia di miliardi) certi «scienziati» arrivano ad attribuire al virus eccezionali doti di scaltrezza, mirabolanti imprese e talvolta addirittura uno strano «senso morale». Così cercano anche di giustificare le apparenti stranezze dei fenomeni osservati. Questa tragicomica storia dura dunque dal lontano 1984: ogni minimo fittizio «progresso della ricerca» viene annunciato con grande rilievo e, per fare più impressione, ogni fase della «capricciosa epidemia» è cadenzata dalla cronaca di vittime illustri o sconosciute.

Ma non ci si vuole ancora accorgere che i tanti «progressi» continuano a non soddisfare neanche le più semplici e legittime aspettative. La teoria ufficiale non è tuttora in grado di spiegare in quale modo il cosiddetto virus HIV possa provocare le malattie che gli vengono imputate, né di effettuare alcuna previsione in merito (paradossalmente, la teoria contestata ci permette di sostenere che, se oggi avessimo un rapporto sessuale con una demente sieropositiva, tra dieci/quindici anni ci potrebbe venire la... diarrea!). Infine non è stata prodotta alcuna cura degna di questo nome, né un vaccino. E ciononostante, ogni anno al Congresso Internazionale sull'AIDS viene ripetuto con poche varianti lo stesso ritornello: che sono stati scoperti nuovi fondamentali meccanismi di azione del virus, che nuovi farmaci si son dimostrati efficaci nel bloccarlo, che nei prossimi anni verrà realizzato un vaccino.

La scienza ufficiale boccheggia, ma paradossalmente l'evidenza del fallimento non induce ancora ad abbandonare la strada che ad esso ha portato e le ipotesi alternative a quelle ufficiali vengono sprezzantemente ignorate. L'ordine di scuderia è: «Non abbandonare mai la teoria del virus, a qualsiasi costo». In altre parole appare sempre più chiaro che *il vero scopo è quello di continuare a cavalcare il più a lungo possibile una teoria falsa, fucina di sempre nuovi misteri e difficoltà, ma prodiga di uova d'oro.* All'estrema contraddittorietà degli scienziati «allineati» corrisponde un'informazione a doccia scozzese con cui il pubblico viene regolarmente e reiteratamente spaventato con notizie allarmanti sul presunto dilagare dell'epidemia, per poi essere prontamente consolato con l'assicurazione che le benemerite autorità sanitarie starebbero facendo tutto il possibile per arginare la «terribile piaga».

Cosicché, nelle coscienze di ognuno si sedimentano pian piano i messaggi delle miliardarie «campagne di informazione» (che dovrebbero essere chiamate viceversa «campagne di disinformazione»), dietro le quali non è difficile scoprire, come vedremo, un verminaio incredibile di menzogne e distorsioni della realtà, una mistificazione colossale consumata in un'epoca – a torto ritenuta – di trionfi della medicina e della tecnologia, nonché un turpe giro di affari e di tangenti.

La situazione è scandalosa, ma non certo priva di riscontri analoghi nel passato e nel presente. Tutti sappiamo che la storia è ricca di esempi in cui i peggiori ostacoli al progresso della scienza sono derivati proprio dai pregiudizi e dalle manovre ostruzionistiche dei gruppi dominanti in campo religioso, politico e scientifico: gli esempi di Galileo, di Harvey, di Semmelweis, sono solo i più vistosi e conosciuti. Per il tempo presente, faremo qualche esempio di altre clamorose deviazioni dal corretto procedere scientifico. Oggi, ben più in passato, lo strumento cruciale del dominio è il controllo dell'informazione e l'emarginazione (nel passato anche l'eliminazione fisica) dei dissenzienti.

Questa emarginazione consente di evitare un confronto con le tesi contrapposte.

Sulla questione dell'AIDS si è dato a credere che gli oppositori della teoria ufficiale non eserciterebbero una critica corretta e costruttiva e, con la scusa di una presunta pericolosità sociale, si è negato a questi oppositori l'accesso ai grandi mezzi di comunicazione, dimostrando chiaramente di temere la forza dei loro argomenti.

I primi importanti lavori dei dissenzienti risalgono al 1987-88: e, come viene documentato alle pp. 7-17 e 151-163, sotto questo profilo l'Italia occupa in questo campo, grazie soprattutto a Luigi De Marchi, una posizione pionieristica, anche se i grandi mezzi di comunicazione e l'*establishment* medico hanno fatto e fanno di tutto per nascondere questa realtà. Poi sono seguiti molti altri lavori, che sono stati parimenti e colpevolmente ignorati dalle autorità sanitarie e dalla maggior parte dei ricercatori, sepolti sotto decine di migliaia di relazioni e di comunicazioni «tecniche», in gran parte prive di valore scientifico.

Fin dal 1990 si è costituito un gruppo di scienziati, medici, ricercatori, studiosi di varie discipline residenti in ogni parte del mondo[1] che ha chiesto, finora senza successo, che venga pubblicata sulle più quotate riviste scientifiche il seguente appello:

> La maggior parte della popolazione e della comunità scientifica ritiene che un retrovirus chiamato HIV causi il gruppo di malattie chiamate AIDS. Molti scienziati però contestano questa ipotesi. Noi proponiamo che un gruppo qualificato ed indipendente di ricercatori riesamini a fondo le prove esistenti a favore o contro questa ipotesi. Noi proponiamo inoltre che studi epidemiologici seri siano progettati e condotti.

Inizialmente i firmatari, tra cui eminenti scienziati, erano una quarantina, compresi tre premi Nobel. Nel settembre 1993 il loro numero era salito ad oltre 400 ed attualmente è stimato intorno alle 700-800 persone residenti in 23 Paesi.

Lo psicologo e sessuologo Luigi De Marchi, che ha iniziato per primo in Italia e nel mondo la contestazione degli irresponsabili allarmismi diffusi dalle autorità sanitarie, è stato personalmente attaccato e denigrato dal ministero della Sanità. Negli anni successivi io stesso, con la mia competenza di studioso di malattie infettive, mi sono unito alla sua battaglia, dimostrando la infondatezza delle informazioni e delle statistiche fornite dalle autorità sanitarie ed invitando queste ultime ad un confronto sereno dei rispettivi argomenti. Ma, in Italia come d'altronde in ogni altro Paese, l'*establishment* ha opposto lo stesso vergognoso muro di silenzio, ben sapendo che le teorie e le politiche ufficiali sarebbero crollate miseramente in un confronto leale e concreto.

La mistificazione non può però continuare a lungo: come dicevamo sono ormai centinaia, e forse migliaia, gli studiosi che stanno contestando sempre più rumorosamente in tutto il mondo la posizione delle autorità sanitarie ufficiali. Come ha scritto Schiller, «la voce della verità è sommessa ma insistente».

Per facilitare l'ascolto e la diffusione di questa voce, il saggio qui pubblicato si propone di dimostrare e documentare che gran parte di quanto viene ufficialmente affermato è distorto o fraudolento o logicamente insostenibile nelle teorie, nelle terapie e nelle politiche sanitarie e informative applicate all'AIDS: dalla scoperta stessa del virus alla definizione della malattia, dalla sua descrizione ai tempi presunti della sua incubazione, dalle valutazioni alle previsioni epidemiologiche e statistiche, dalle politiche finanziarie a quelle assistenziali, dagli irresponsabili terrorismi sulla «peste del 2000», all'indicazione dei suoi «untori» (volta a volta prostitute, africani, omosessuali, ecc.), dai farmaci imposti (costosi e dannosi) ai vaccini promessi (che assorbono immense risorse in ricerche insensate). Il saggio si conclude, infine, con la sommaria presentazione di una spiegazione delle cause fondamentali della malattia proposta da Peter Duesberg (già direttore del Laboratorio di biologia molecolare dell'Università di California a Berkeley, membro dell'Accademia delle Scienze statunitense e autore di oltre 450 lavori scientifici), Eleni Eleopulos (ricercatrice australiana) ed i suoi colleghi, nonché Stephan Lanka (biologo molecolare tedesco) e sostanzialmente condivisa da me e da molti altri specialisti del settore.

E tuttavia, anche quando la grottesca teoria ufficiale del virus sarà stata sbaragliata e le solidissime argomentazioni dei suoi oppositori saranno state accolte dalla

comunità scientifica, resterà aperto un duplice, fondamentale interrogativo: per quali cause e con quali scopi è sorta e si è affermata su scala planetaria questa colossale mistificazione politico-sanitaria (la più grande del nostro secolo), questa incredibile epidemia di fandonie che è nota col nome di AIDS? A questi due basilari interrogativi (perché il terrorismo? perché il terrore?), Luigi De Marchi tenta di rispondere nella parte quarta di questo libro, sviluppando alcune ipotesi da lui formulate quasi nove anni or sono nella prima analisi psico-culturale del problema dell'AIDS pubblicata nel mondo: *AIDS, un libro bianco, anzi giallo*[2].

È essenziale fare chiarezza su questi temi perché, anche se la teoria virale ufficiale dell'AIDS verrà sconfitta (come tutti gli scienziati competenti si augurano) resterebbe altrimenti aperto il rischio che nuove assurde teorie sull'AIDS o su altre analoghe «pestilenze», insieme ad altri nuovi assurdi allarmismi, vengano diffuse e passivamente accettate. Come avviene di già.

CAPITOLO SECONDO
L'ODISSEA DEI CONIUGI KRYNEN

Prima di iniziare la sistematica demolizione delle basi teoriche e tecniche su cui si fondano le posizioni e gli interventi delle autorità sanitarie nel campo dell'AIDS, ci è sembrato utile presentare nei suoi tratti essenziali l'incredibile esperienza di due «missionari laici», i coniugi Krynen, che alla fine degli anni '80 decisero di dedicare la loro vita all'assistenza dei bambini africani resi orfani dalla tremenda epidemia di AIDS che, secondo le informazioni delle autorità sanitarie ufficiali, stava infuriando e soprattutto minacciava di esplodere incontenibilmente in tutto il continente africano. Già poco tempo prima, quando avevano appreso che la loro unione era condannata alla sterilità, Philippe ed Evelyne Krynen avevano deciso di dedicare il resto della loro vita all'assistenza dei bambini del Terzo Mondo. Ma nel 1989, venuti in contatto con *Par-*

tage, un'organizzazione umanitaria francese che si propone di assistere i bambini più poveri dei Paesi sottosviluppati, decisero di dedicarsi agli orfani dell'AIDS in Africa: questo gruppo che, stando alle informazioni ufficiali, era il più sventurato tra gli sventurati bambini africani. Così, con un viaggio di tre giorni in aereo, treno e battello, raggiunsero la provincia africana di Kagera, situata in Tanzania, sul lago Victoria, alla congiunzione dei confini con l'Uganda, il Ruanda e il Burundi. Quella zona era descritta dai grandi media e dalla stampa scientifica internazionale come il più tremendo focolaio dell'epidemia di AIDS, destinata a travolgere l'Africa in pochissimi anni. Il vescovo di Bukoba, capoluogo della provincia, anch'egli interessato alle attività assistenziali, li condusse in un giro delle principali località più duramente provate e spiegò loro che, secondo i test sull'AIDS fino ad allora condotti, si calcolava che oltre il 50% la popolazione sessualmente attiva fosse colpita dal virus.

La visita ai principali centri della regione fu impressionante: i Krynen poterono vedere le case e le capanne piene di bambini o soli o affidati ai nonni. I genitori erano scomparsi. Molti vecchi sedevano sconsolati davanti alle porte delle loro case, dipinte con grandi croci nere per segnare il passaggio dell'AIDS.

Appena rientrati a Bukoba, i coniugi Krynen inviarono in Francia un dettagliato rapporto intitolato «Viaggio dei Krynen in Tanzania». Il rapporto ebbe un enorme impatto sull'opinione pubblica francese e riuscì a mobilitare grandi risorse ed energie per la lotta contro l'AIDS in Africa.

> Qui in Africa – scrivevano i Krynen – l'AIDS non sceglie le sue vittime tra i gruppi marginali: esso colpisce tutta la popolazione sessualmente attiva, sia di sesso maschile che di sesso femminile. L'estrema libertà sessuale, la scarsa igiene e la mancanza di sussidi medici e sociali, hanno fatto delle popolazioni di queste regioni un «gruppo a rischio» estremamente esteso ed omogeneo.

Abbiamo presentato con una certa ampiezza le esperienze iniziali e le dichiarazioni solenni dei coniugi Krynen, perché ci sembrano dimostrare drammaticamente quanto fosse sincera e profonda la loro convinzione di trovarsi dinanzi ad una terrificante epidemia e di doversi mobilitare insieme a tutti gli uomini e le donne di buona volontà per contrastarla. Alla luce di questa posizione iniziale appare tanto più impressionante una loro recente dichiarazione: «Dopo anni ed anni di esperienza siamo giunti a concludere che quelle nostre convinzioni erano totalmente infondate».

D'altra parte bisogna anche riconoscere che i coniugi Krynen avevano ed hanno molte attenuanti: le convinzioni esposte nel loro primo rapporto coincidevano esattamente con le informazioni diffuse dalle autorità sanitarie sia dei Paesi occidentali che della maggior parte dei Paesi africani. Alla fine degli anni '80, infatti, quasi tutto l'*establishment* medico e sanitario nel mondo intero sosteneva che si era dinanzi ad una grave epidemia che, se nei suoi anni iniziali a New York o a San Francisco sembrava limitata agli omosessuali e ai tossicodipendenti, su scala planetaria e soprattutto in Africa stava dimostrandosi una minaccia terribile per tutta popolazione sessualmente attiva.

I test adottati sembravano indicare che in Occidente, ma soprattutto in Africa, il numero delle persone sieropositive, cioè infettate dal «virus HIV», era enormemente superiore a quello delle persone già malate di AIDS:

ma poiché il periodo mediano di incubazione della malattia veniva valutato (dopo una iniziale stima di 18 mesi) nell'ordine di 5-10 anni o più, era perfettamente logico prevedere che nell'arco di pochi anni la «nuova peste» sarebbe esplosa in forma epidemica, anzi pandemica.

L'impatto del Rapporto Krynen fu, come si è detto, enorme e nell'arco di pochi anni i coniugi Krynen si trovarono a guidare una potente organizzazione assistenziale, *Partage Tanzanie,* che contava la bellezza di 230 dipendenti a tempo pieno impegnati ad assistere 7.000 bambini nella regione di Kagera. Se, accanto a questa massa di dipendenti e di assistiti, teniamo presente che l'organizzazione riceve annualmente *oltre 100 miliardi di lire di finanziamenti dalla Francia* e *da altri Paesi occidentali* e che sono complessivamente *oltre 700* le organizzazioni benefiche e caritatevoli impegnate in tutto il mondo nell'assistenza ai malati di AIDS, possiamo renderci conto della mole imponente di interessi costituiti che si è andata creando intorno a questa malattia.

Il primo sospetto che potesse esserci qualcosa di profondamente errato o falsato nella catastrofica descrizione della situazione sanitaria africana da parte delle autorità ufficiali affiorò alla mente dei coniugi Krynen quando essi cercarono di coinvolgere la popolazione locale nell'assistenza agli «orfani» dell'AIDS.

> Volevamo – scrivono i Krynen – aiutare la gente ad aiutare i bambini. Ben presto, però, dovemmo accorgerci che nessuno era interessato a questo nostro sforzo.
>
> Pensammo allora che ciò potesse dipendere dal fatto che, essendo almeno il 50% della popolazione già infettata dall'AIDS (secondo le informazioni di fonte ufficiale), la maggior parte degli indigeni ritenevano di dover morire a breve scadenza e, quindi, non si interessavano più di nulla.
>
> Quando però sottoponemmo al test dell'AIDS un campione rappresentativo della popolazione della zona, cioè 850 persone sessualmente attive, scoprimmo che i sieropositivi erano poco più del 13%. Ma scoprimmo anche che ad un secondo test la percentuale si abbassava notevolmente, per il semplice fatto che possono risultare in un primo tempo sieropositivi anche soggetti che sono stati colpiti da malattie parassitarie considerate estranee all'AIDS.

Successivamente, le ricerche dei coniugi Krynen arrivarono ad accertare che non esisteva nessun rapporto tra la sieropositività ed il rischio reale di contrarre l'AIDS. Cinquantaquattro abitanti dei villaggi presso i quali i Krynen lavoravano risultarono colpiti da affezioni micotiche o polmonari che *venivano normalmente diagnosticate come AIDS.* Senonché, di questi 54 soggetti, *soltanto 25 risultarono sieropositivi mentre la maggioranza (29) risultò sieronegativa. Tutti, inoltre, guarirono ottimamente dopo una normale terapia indicata per le rispettive patologie.*

Ben presto, inoltre, i Krynen si accorsero che, contrariamente alle affermazioni ufficiali, *l'AIDS non era una malattia a trasmissione sessuale,* dato che la quasi totalità dei partner dei presunti malati di AIDS (e perfino i superstiti dei partner morti), *non risultavano per niente infetti.* Il colpo finale alle convinzioni dei coniugi Krynen sull'AIDS venne comunque da un'indagine sui presunti «orfani».

> I 15 villaggi in cui abbiamo prestato la nostra assistenza – scrivono i Krynen – si trovano nell'area più «infetta» di una regione che viene considerata l'epicentro dell'AIDS in Africa.

Poco a poco scoprimmo che i genitori di quasi tutti i presunti orfanelli *non erano affatto morti.* Il costume di affidare i figli ai nonni e di espatriare in cerca di lavoro è infatti, nella regione, diffusissimo da lungo tempo. I genitori qualche volta mandano un po' di denaro e qualche volta tornano a trovare i figli: ma spesso non tornano affatto e non mandano denaro. La poligamia, in questa regione, è estesissima e i genitori non possono allevare tutti i figli: pertanto ne scelgono solo alcuni ed abbandonano gli altri.

Ben presto, però, *la popolazione ha scoperto che lo status di «orfani dell'AIDS» era redditizio,* nelle condizioni di spaventosa miseria in cui versa la maggior parte del continente africano.

Se un bambino dice che suo padre è morto in un incidente stradale, tutt'al più raccoglie un po' di compassione. Ma se dice o se i suoi nonni dicono che il padre è morto di AIDS, per il bambino si mobilita subito un ente assistenziale. La gente di questa regione ha visto avvicendarsi qui una quantità di enti ed organizzazioni assistenziali ed ha anche scoperto che gli addetti a quelle organizzazioni possono diventare ricchi: più d'uno si è costruito una bella casa a Dar Es, molti hanno le loro brave motociclette: insomma tutti ne hanno tratto vantaggio.

Così, infine, i coniugi Krynen riassumono la loro esperienza:

La maggior parte dei bambini da noi assistiti ha ben presto riacquistato un'ottima salute, quando ha ricevuto cibo e cure adeguate, *indipendentemente dal fatto che fosse sieropositiva o sieronegativa.* Nei casi in cui il bambino è morto, abbiamo potuto constatare che *esistevano ben precise patologie* (una tubercolosi trattata troppo tardi, una malaria cerebrale, un'epatite acuta) *che tuttavia non avevano alcun rapporto con la sieropositività* e non potevano essere in alcun modo diagnosticate come AIDS.

L'Africa – concludono i coniugi Krynen – è un mercato di molte cose, anche della «buona coscienza» e di molte «organizzazioni caritatevoli».

È molto facile «fare del bene» in Africa. È un continente così disorganizzato che chiunque «faccia del bene» può al tempo essere il cronista e il testimone delle sue buone azioni. Insomma è un campo ideale per certe organizzazioni caritatevoli, cioè *per quella beneficenza che torna a tutto vantaggio dei benefattori.*

I nostri studi di medicina ci avevano indotto a credere che l'AIDS fosse una spaventosa epidemia che devastava l'Africa e tutte le persone che abbiamo incontrato qui nella regione di Kagera ci confermavano in quella convinzione. *Ora però abbiamo scoperto che era tutto falso. È davvero terribile scoprire di avere investito tante energie in una causa che si riteneva giusta mentre in realtà era soltanto una gigantesca montatura.* Poi è difficile ritrovare il proprio equilibrio. Nessuno sa bene chi sia il responsabile di questa mistificazione, ma, con il passare del tempo, essa va ingigantendosi. *Le idee correnti sull'AIDS non si basano su studi seri: sono soltanto idee alla moda. Ma quando vi trovate davvero nel cuore dell'Africa e dovete davvero testimoniare ciò che accade sul campo, non potete concordare con una sola parola di quanto viene propalato sull'AIDS in Europa. Abbiamo scoperto di trovarci nel mezzo di una colossale menzogna.* Tutti partecipano a questa menzogna, consapevolmente o no. Nessuno è individualmente responsabile, ma tutti partecipano ad uno scandalo vergognoso.

Il mondo è stato sottoposto ad un lavaggio del cervello a proposito dell'AIDS. Questa malattia è diventata da sola un'epidemia senza che sia più necessario poter enumerare i malati. Non occorrono più i pazienti di AIDS per un'epidemia di AIDS oggigiorno, perché nessuno controlla o

contesta le menzogne. *L'AIDS esiste per forza propria, la forza della menzogna.*

Siamo venuti qui in Africa per aiutare gli orfani dell'AIDS: e ci troviamo dinanzi ad una situazione in cui *non esiste l'AIDS e non esistono gli orfani dell'AIDS.*

Abbiamo voluto presentare in modo abbastanza dettagliato il rapporto dei coniugi Krynen[1] perché, provenendo da due persone che avevano sinceramente creduto nella «grande menzogna» diffusa dalle autorità sanitarie internazionali sulla gravità di questa malattia e che si sono trovate a dirigere un équipe di ben 230 persone nella regione presentata dalle stesse autorità come epicentro della pestilenza nel continente africano, esso ci è sembrato una testimonianza *doppiamente preziosa*: i suoi autori, infatti, non possono essere sospettati di preconcetta ostilità verso le teorie e le politiche ufficiali in materia di AIDS. Inoltre, essi non possono essere tacciati di incompetenza.

Alla luce di questa testimonianza, è tempo di procedere ad una più approfondita e sistematica demolizione delle tesi ufficiali sull'AIDS.

Per far ciò, tuttavia, dobbiamo innanzitutto definire i criteri essenziali di ogni ragionamento scientifico: solo così, infatti, potremo meglio individuare le innumerevoli contraddizioni che caratterizzano ed inficiano le posizioni della scienza ufficiale e delle autorità sanitarie in materia di AIDS.

CAPITOLO TERZO
IL METODO SCIENTIFICO

Come tutti o quasi tutti sappiamo, il progresso delle scienze (dalla matematica alla fisica all'astronomia alla medicina) si è sviluppato da quando, grazie a Francesco Bacone ed a Galileo Galilei, ed in campo medico grazie a Claude Bernard, si è cominciato ad adottare il metodo *scientifico-sperimentale* che, nelle sue linee essenziali, è rimasto invariato fino ad oggi e tutt'oggi viene considerato valido. Questo metodo costituisce una vera e propria bussola, *il sistema aureo di riferimento* che offre a ciascuno, in linea di principio, la possibilità di controllare direttamente o indirettamente la validità di una qualsiasi ipotesi o teoria[1].

È importante precisare che anche persone senza una preparazione specifica possono operare un controllo con questi semplici strumenti di giudizio su alcuni aspetti basilari di teorie apparentemente molto com-

plesse. Teorie che i superspecialisti spesso vorrebbero conservare come loro pascolo esclusivo per ragioni che non tarderemo a comprendere.

Il metodo scientifico sperimentale si serve dunque di un *linguaggio rigoroso*, nel quale i singoli termini hanno un significato preciso ed univoco, in modo tale che ognuno, quando parla, sappia esattamente di che cosa parla, e chi lo ascolta capisca esattamente, e senza dubbi interpretativi, il significato delle parole usate.

In queste pagine, faremo spesso riferimento a questo metodo e alle sue caratteristiche essenziali che possono essere così sintetizzate:

1. *le osservazioni devono essere esaurienti, oggettive e ripetibili;*
2. *i fenomeni devono essere misurati in modo da poterli esprimere, per quanto possibile, con numeri;*
3. *i concetti devono essere definiti in modo chiaro ed univoco;*
4. tra le varie asserzioni di una teoria, vi deve essere una *coerenza logica interna*, cioè assenza di contraddizioni;
5. le ipotesi proposte devono essere *verificabili e falsificabili.*

Mentre i primi 4 punti sono immediatamente comprensibili, per il quinto sarà utile aggiungere qualche precisazione e qualche esempio.

Ogni asserzione che pretenda di essere scientifica deve poter essere controllata in modo diretto o indiretto. Un grande numero di conferme positive aumenta la probabilità di essere dalla parte della ragione. Decisivo è il criterio della *falsificabilità:* quanto più le critiche e le osservazioni falliscono nel confutare un'ipotesi, tanto più aumenta l'affidabilità dell'ipotesi stessa. D'altro canto 1.000 conferme positive soccombono di fronte ad una sola buona falsificazione (l'unica che – secondo Karl Popper – ci dia una certezza)

Così, per esempio, usando la propria teoria generale della relatività come ipotesi, Albert Einstein dedusse che i raggi della luce solare, passando vicino alla Luna, dovevano subire una deviazione. Durante l'eclissi di sole del 1919, furono fatte varie osservazioni che confermarono pienamente l'ipotesi di Einstein. Se così non fosse avvenuto, la teoria della relatività avrebbe dovuto essere scartata o quantomeno completamente riveduta.

Per rendere più chiaro il concetto, consideriamo la seguente ipotesi di fantasia: «Nessuna delle macchine che sono posteggiate attorno a questo isolato nasconde una bomba a bordo». Se ne controlliamo 20 (20 verifiche) e troviamo tutto regolare, l'ipotesi viene confermata. Ma ne basterebbe una, una sola con qualche chilo di tritolo per provocare con l'esplosione molti danni e per falsificare in modo irreversibile l'ipotesi iniziale, che sarebbe irrimediabilmente falsificata. Se la stessa teoria venisse invece mantenuta, magari con l'aggiunta di un'insignificante correzione (per continuare con l'esempio citato: «C'era una macchina con la bomba, ma aveva la targa straniera e poi le altre erano a posto»), allora saremmo di fronte ad un dogma infalsificabile.

Nello stesso modo è divenuta un dogma l'asserzione «il virus HIV è l'unica causa dell'AIDS». È una frase che è ormai scolpita nella pietra come fosse l'XI comandamento, e che nessuna delle mille falsificazioni possibili è riuscita finora a modificare. Caratteristica frequente dei dogmi è di affidarsi ai «ragionamenti circolari». Nel caso dell'AIDS il ragionamento circolare è immediatamente percepibile. Per giustificare i numerosissimi «casi di AIDS» in cui tutti i test anti-AIDS risultano negativi si sostiene che: o quei casi appartengono ad una diversa malattia oppure che i metodi diagnostici presentano un «difetto di sensibilità»[2].

Schematizzando:

TUBERCOLOSI + TEST POSITIVO = AIDS
TUBERCOLOSI + TEST NEGATIVO = TUBERCOLOSI

Questo procedimento non permette, come si può facilmente notare, alcuna confutazione e non è quindi accettabile sul piano scientifico. Così, tuttavia, reagisce la maggioranza degli esperti quando viene loro ricordata l'alta percentuale di cosiddetti malati di AIDS nei quali non è stato possibile ottenere neanche un solo risultato positivo ai vari test somministrati. Non meno paradossale è che quegli stessi pazienti siano stati definiti malati di AIDS e regolarmente conteggiati nelle statistiche sull'AIDS dall'Organizzazione Sanitaria Mondiale o dalle autorità sanitarie dei vari Paesi.

Ma vediamo ora il castello di mistificazioni su cui è costruita la teoria ufficiale dell'AIDS.

CAPITOLO QUARTO

LA PRIMA MISTIFICAZIONE: LA «SCOPERTA» DEL VIRUS

Nell'aprile del 1984 l'allora ministro della Sanità statunitense, Margaret Heckler e il dr. Robert Gallo dell'Istituto Superiore di Sanità americano (NIH) annunciarono al mondo intero, nel corso di una apposita conferenza stampa, che era stata individuata una nuova malattia infettiva, che veniva causata da un retrovirus (scoperto dallo stesso Gallo) e trasmessa attraverso il sangue o il contatto sessuale.

Venne previsto, in quella stessa conferenza stampa, che entro due anni sarebbe stato trovato un vaccino contro l'AIDS e che la «grave epidemia» sarebbe stata così sconfitta. Questo annuncio fu fatto *prima* che il primo studio americano sul virus fosse stato pubblicato su una rivista scientifica (e potesse quindi essere analizzato da altri scienziati) ma *dopo* che il «test dell'AIDS» era già stato registrato e brevettato dallo stesso Gallo.

Ciò nondimeno, l'annuncio venne passivamente accettato come un fatto acquisito dalla comunità scientifica internazionale e, senza ulteriori approfondimenti, venne lanciato un vasto programma di ricerca sull'HIV, quale causa dell'AIDS[1].

L'annuncio trionfale di Robert Gallo (e del ministro americano della Sanità) doveva però rivelarsi, a breve o a media scadenza, due volte truffaldino: nei mesi successivi, infatti, è emerso che Gallo non aveva affatto scoperto il virus HIV; mentre oggi, a distanza di quasi 13 anni, emerge con altrettanta chiarezza non solo che il vaccino non è stato trovato né entro i due anni promessi né entro i tredici trascorsi a tutt'oggi, ma anche che non ha nessun senso cercarlo, come dimostreremo in un prossimo capitolo di questo libro.

L'annuncio di Gallo avrebbe comunque dovuto suscitare qualche riserva o sospetto, in quanto proveniva da uno studioso che aveva un passato scientifico tutt'altro che limpido.

Già negli anni '70, infatti, erano affiorate varie debolezze di Robert Gallo nella sua attività di esperto cacciatore di retrovirus[2].

Nel 1975, egli aveva pubblicato un lavoro in cui affermava di aver scoperto un nuovo retrovirus umano, da lui battezzato HL23. Questo virus, suggeriva Gallo, era coinvolto nella leucemia umana. Un anno più tardi, però, altri ricercatori dimostrarono che l'HL23 era in realtà il risultato di di una contaminazione da fonti differenti. L'HL23 di Gallo, quindi, era ovviamente il prodotto di una contaminazione di laboratorio, inesistente in natura[3]. Gallo disse successivamente che egli non era in grado di spiegarsi come potesse essere avvenuta quella contaminazione e commentò: «Si trattò davvero di un fatto bizzarro».

Nel 1981, quando furono segnalati i primi casi di AIDS, Gallo proclamò che, se la nuova sindrome era dovuta ad un virus, egli l'avrebbe certamente trovato. Nel 1983, la rivista *Science* pubblicò un lavoro di Gallo in cui annunciava l'isolamento del virus della leucemia umana (HTLV-I) in alcuni malati di AIDS e sosteneva che questo virus aveva un ruolo importante nella patogenesi della malattia[4].

Tuttavia, quell'ipotesi presentava non pochi problemi, poiché quel virus era molto diffuso in Giappone, dove l'AIDS non c'era affatto. Inoltre, il virus veniva ritenuto responsabile, appunto, della leucemia, cioè di una moltiplicazione abnorme dei linfociti, mentre l'AIDS era caratterizzata dal fenomeno opposto, cioè da una forte riduzione del numero dei linfociti. Infine, la leucemia non risultava accrescersi minimamente tra i malati di AIDS.

Sullo stesso numero della rivista in cui Gallo riportava quei dati, Luc Montagnier, noto virologo francese dell'Istituto Pasteur, descriveva l'«isolamento» di un retrovirus da lui chiamato LAV in un paziente con linfoadenopatia e immunodepressione[5]. Campioni di questo virus vennero inviati in diverse occasioni da Montagnier al laboratorio di Robert Gallo negli Stati Uniti.

Il 23 aprile dell'anno seguente, Gallo, nella famosa conferenza stampa citata più sopra, annunciò di aver individuato la causa della «peste del 2000» e di aver sviluppato un test idoneo a rivelare la presenza del virus, appunto il test dell'AIDS da lui già registrato e brevettato.

Lì per lì, come si è visto, nessuno osò controllare o discutere una notizia di così grande rilievo presentata come indubitabile dalle autorità sanitarie americane. L'ipotesi venne dunque accettata acriticamente e per acclamazione in tutto il mondo. Solo il mese successivo,

nel maggio 1984, Gallo ed il suo stretto collaboratore Popovic pubblicarono quattro lavori su *Science* in cui descrivevano l'isolamento in vari malati di AIDS di un retrovirus che veniva battezzato HTLV-III[6].

Poco dopo, però, l'Istituto Pasteur di Parigi accusò Gallo di essersi indebitamente appropriato del virus LAV scoperto da Montagnier per sviluppare il test dell'AIDS. Ne nacque un aspro conflitto legale che giunse fino ai tribunali americani e dovette alla fine essere «risolto» con un solenne accordo internazionale, firmato nel 1987 da Gallo, da Montagnier, dal presidente degli Stati Uniti, Ronald Reagan e dal primo ministro (e oggi presidente) della Repubblica francese, Jacques Chirac. L'intervento delle massime autorità politiche dei due Paesi sta già ad indicare fino a che punto l'intera vicenda fosse stata gonfiata. L'accordo tra Francia e Stati Uniti stabilì che Robert Gallo e Luc Montagnier erano i due «co-scopritori» del virus dell'AIDS, ribattezzato nel frattempo HIV: perciò, i proventi del test dell'AIDS dovevano essere equamente divisi tra loro e le nazioni che rappresentavano.

La vicenda attrasse tuttavia l'attenzione di un giornalista del *Chicago Tribune*, John Crewdson, che pubblicò sul suo giornale, nel 1989, un lungo articolo ove si accennava esplicitamente al furto subito da Montagnier e alle incredibili contorsioni laboratoristiche negli «esperimenti» del gruppo di Gallo[7].

L'articolo portò ad un'inchiesta interna del ministero americano della Sanità e ad una successiva indagine ufficiale. Il rapporto finale dell'Ufficio per l'Integrità Scientifica (ORI) concluse non solo che il virus di Gallo era identico a quello di Montagnier ma che Popovic (stretto collaboratore di Gallo) era responsabile di «comportamento indegno, falsificazioni ed inesattezze», mentre Gallo, come responsabile del laboratorio, «aveva creato e favorito le condizioni che hanno dato origine alla propalazione di dati falsi ed inventati e di false relazioni»[8].

Gallo, infine, fu giudicato responsabile di *misconduct*, cioè di comportamento immorale e truffaldino: un giudizio che avrebbe dovuto essere infamante per qualsiasi scienziato in qualsiasi Paese civile ed avrebbe quindi dovuto significare una squalifica della persona ed una ritrattazione completa dei lavori incriminati da parte della rivista che li aveva pubblicati.

Poiché ciò non è avvenuto, possiamo facilmente dedurre la rete di complicità che si è ormai creata e consolidata intorno a Robert Gallo: con quella ritrattazione si rischiava di mettere in dubbio tutto il castello della teoria scientifica e tutto il carrozzone di interessi costituiti che ruotava intorno ad essa.

Coinvolti nello scandalo erano anche personaggi di rilievo del governo americano, tra cui il sottosegretario alla Sanità, James Mason[9]. Ma alla fine tutto è stato messo a tacere con una sapiente modifica della definizione del termine *misconduct*, perché non rispondeva agli interessi dei detentori del potere economico, scientifico e farmaceutico allargare lo scandalo. Così, le assurdità anti-scientifiche di Robert Gallo hanno continuato ad essere ripetute dalle autorità sanitarie di mezzo mondo, sebbene già vari anni fa una brillante scienziata australiana, Eleni Eleopulos, abbia smontato pezzo a pezzo tutti i lavori di Robert Gallo, giungendo alla conclusione che «i dati e gli argomenti presentati da Gallo e dai suoi collaboratori non costituiscono prova dell'isolamento dell'HIV o di un chiaro ruolo di questo virus nella patogenesi dell'AIDS»[10].

Nei suoi contorsionismi diretti a spiegare al mondo la straordinaria somiglianza (non poteva parlare di iden-

tità!) dei virus isolati da lui e da Montagnier, Gallo non trovò niente di meglio che ipotizzare in una lettera alla rivista *Nature* pubblicata nel 1985 che i due virus erano così simili perché forse... «provenivano da un partner sessuale comune al paziente francese e a quello americano» [sic!]. Già infinitesimale in se stessa, la probabilità che la «spiegazione» di Robert Gallo abbia un qualche fondamento si azzera quando si tenga presente che Gallo stesso, in altra sede, ha ripetutamente sostenuto (per giustificare le contraddizioni del comportamento del virus) che il virus dell'HIV avrebbe incredibili capacità di mutazione: «La rapidità di evoluzione di alcune parti del virus dell'AIDS – ha scritto Gallo – sono un milione di volte più grandi di quelle di altri microrganismi»[11]. Solo il virus di questo soggetto sarebbe, secondo Gallo, rimasto invariato...

Anche un terzo ricercatore, lo scienziato inglese Robin Weiss dichiarò nel 1985 di aver isolato – indipendentemente dagli altri – un virus dell'AIDS, che poi risultò essere ancora una volta «identico» a quello francese. Naturalmente anche in questo caso si trattò di una contaminazione «accidentale»[12] da colture provenienti dalla Francia.

Non meno carica d'ombre è la figura scientifica di Luc Montagnier, il cosiddetto co-scopritore del virus dell'AIDS, insieme a Robert Gallo.

Virologo francese, scopritore di un retrovirus (battezzato LAV, come si è visto) nei linfonodi di un paziente a rischio per AIDS, nei primi lavori da lui pubblicati fu estremamente prudente e non trasse conclusioni affrettate. Solo in un secondo tempo fu trascinato nella travolgente avventura di Robert Gallo, con le modalità che abbiamo visto. Mentre, tuttavia, il comportamento di Gallo ricorda quello di altri avventurieri che hanno

infestato il mondo della scienza, il comportamento di Montagnier sembra piuttosto caratterizzato da una profonda indecisione, come se egli fosse costantemente diviso tra la sua integrità di ricercatore e il suo bisogno («umano, troppo umano», avrebbe detto Nietzsche) di onori, celebrità e vantaggi finanziari.

Pur essendo stato ovviamente trascinato da Robert Gallo nel suo gioco rischioso, Montagnier fece la parte dello scienziato onesto ed accettò il ruolo di co-scopritore, suggellandolo con un articolo firmato insieme al «rivale» in cui le vecchie ruggini venivano sepolte sotto una comune, nobile determinazione a trovare presto un argine al pericolo che, secondo loro, minacciava l'umanità intera[13].

Come scienziato, Montagnier si accorse che *non poteva* sostenere che quello strano virus era in grado di provocare una malattia tanto devastante e arrivò perfino a dimostrare che, nelle colture cellulari, il cosiddetto virus era del tutto innocuo[14]. A quel punto, Montagnier fu costretto a supporre l'esistenza di co-fattori (cioè di concause), ma quel comprensibile ripiegamento gli attirò l'accusa di «pericoloso revisionista» e provocò un suo isolamento nella comunità scientifica. Robert Gallo ne approfittò prontamente, commentando così l'ipotesi di Montagnier sui co-fattori: «L'ipotesi multi-fattoriale equivale ad una forma di multi-ignoranza»[15] (salvo poi adottarla per i *suoi* co-fattori).

Anche nel campo delle terapie, Montagnier è stato tutt'altro che lineare. Nel 1988 aveva definito l'AZT «il primo efficace agente anti-AIDS[16]. Ma nel 1991 dichiarò pubblicamente: «L'AZT non cura affatto la malattia».[17] Nel 1992, peraltro, aveva di nuovo cambiato opinione, convinto da alcuni studi (estremamente lacunosi) di Moore, un ricercatore, non a caso, legato a doppio filo con la ditta produttrice dell'AZT, la Wellcome.

Lo stesso atteggiamento ondivago caratterizza le sue posizioni in campo diagnostico. Nel 1990 dichiarò che «tutti i sieropositivi svilupperanno prima o poi l'AIDS»[18]. Nel 1992, però, ammise che una certa percentuale, forse il 10% (bontà sua!), «potrà sfuggire alla malattia»[19]. A chi gli domandava che cosa potesse dire dei casi di AIDS nei quali il virus HIV era assente, rispose senza apparente imbarazzo, nel 1992, che anche lui ne stava studiando da tempo diversi (ma si era ben guardato dal dirlo prima...), soggiungendo che l'HIV poteva aver colpito in un primo tempo, innescando il processo di progressiva deficienza immunitaria, per poi essere fuggito senza lasciare nessuna traccia, neanche gli anticorpi[20]: una sequela di assurdità, indegna di un virologo serio.

Insomma, la storia della scoperta della «causa dell'AIDS», cioè del virus HIV, è davvero una storia miseranda che non fa onore alla scienza.

Peter Duesberg, biologo molecolare di fama mondiale e capofila degli oppositori alla teoria virale dell'AIDS, ha riassunto l'intera vicenda in una battuta carica di sferzante ironia:

> Gallo ha co-scoperto nel 1984 il virus che Montagnier aveva co-scoperto nel 1983 ed entrambi si sforzano di cocredere che quel virus è la causa dell'AIDS. Sono come due madame che si accusano vicendevolmente di aver rubato un diamante falso.

Capitolo quinto

LA SECONDA MISTIFICAZIONE: LA TEORIA UFFICIALE SULLE CAUSE DELL'AIDS

La teoria ufficiale circa le cause e le modalità di sviluppo dell'AIDS è ormai nota a tutti o quasi tutti.

Secondo questa teoria, si tratta di una malattia infettiva provocata dal virus HIV che distrugge pian piano le cellule del sistema immunitario, lasciando l'organismo indifeso di fronte a malattie «opportunistiche» (dette anche «malattie indice»). Il virus penetra nell'organismo di un dato soggetto attraverso un contatto con sangue o sperma infetto (uso intravenoso di droghe, rapporti sessuali promiscui, trasfusioni o anche per via materno-fetale). Questa infezione virale provoca una reazione anticorpale inefficace, utile solo ad essere registrata con i cosiddetti test dell'AIDS (o anti-HIV). La sieropositività costituirebbe il segnale di una malattia subdola, progressiva, inesorabile nella gran parte dei casi. Sempre secondo la teoria ufficiale, persino coloro che hanno avuto «un rap-

porto sessuale occasionale o con partner a rischio negli ultimi dieci anni»[1] farebbero bene a sottoporsi ad un test. Se il risultato dovesse essere positivo, potranno curarsi, fin dalle prime fasi, per «rallentare la progressione dell'infezione ad AIDS conclamata».

L'equazione tra «infezione da HIV» o sieropositività ed AIDS conclamata è stata talmente martellata nella psiche del pubblico e dei giornalisti che risulta difficile demolirla con argomenti razionali. Del resto, le espressioni con cui ci si riferisce al test anticorpale positivo sono molto crude ed esprimono implicitamente una condanna a morte lenta: i sieropositivi sono definiti «sieropositivi asintomatici», implicando con questo termine che i sintomi dovranno prima o poi manifestarsi. In realtà, come già abbiamo visto e vedremo nelle pagine di questo libro, *ci sono milioni di sieropositivi che non si sono mai ammalati e non si ammaleranno.* Ma ormai il pregiudizio è stato profondamente radicato nella mente degli «esperti» e delle masse.

Emblematico è stato il caso di Magic Johnson, il famosissimo campione di pallacanestro che, risultato sieropositivo ad un controllo nel 1991, è stato subito presentato dagli specialisti e dai giornalisti di tutto il mondo come una persona ormai condannata a morte per AIDS. Cinque anni dopo la ferale notizia, però, Magic Johnson ha giocato una partita di pallacanestro – nel massimo torneo americano – in condizioni così brillanti da risultare come sempre il migliore in campo... Evidentemente, nonostante le cornacchie dei media e della scienza ufficiale e nonostante la sua sieropositività, Magic Johnson non era esattamente moribondo.

Sebbene la maggior parte degli scienziati sembrino tuttora supinamente adagiati sulla teoria ufficiale, che peraltro va facendosi sempre più complessa e piena di

misteri, l'AIDS è molto più semplice di quanto ci si possa aspettare, a patto di seguire il consiglio aristotelico di attenersi il più possibile ai fatti.

Dunque, AIDS attualmente vuol dire molte cose insieme. È un termine-calderone che raccoglie condizioni eterogenee e disparate definite come AIDS. Si tratta si condizioni che vengono tra loro associate *solo quando il risultato del test dell'AIDS è positivo.* Se il risultato è negativo, le stesse malattie vengono chiamate con il loro vecchio nome e classificate separatamente[2].

Tutto questo avrebbe senso se il test fosse *davvero* indice di infezione virale, se questa fosse *davvero* la causa di tutti e 29 i malanni ad essa attribuiti, se *davvero* ci fosse un'epidemia come è stata descritta ed annunciata.

Poiché quanto sopra non trova nessun riscontro nella realtà, e sarà nostro impegno dimostrarlo, allora *l'AIDS si riduce ad una costruzione fasulla, frutto di un'errata impostazione scientifica, basata su un test* privo di valore scientifico, anche se di ricchissimo valore commerciale.

Cercheremo in primo luogo di confutare la teoria ufficiale e poi di proporre una spiegazione alternativa più soddisfacente, sviluppando i seguenti punti:

1. Assenza di correlazione tra risultati del test e malattia:
a) spesso le «malattie-indice» dell'AIDS sono associate a sieronegatività;
b) spesso vi è sieropositività ma non vi è traccia di AIDS;
2. L'AIDS non si comporta come una malattia infettiva-contagiosa;
3. Perché certi gruppi sono colpiti;
4. Non esistono studi che dimostrino che l'HIV causa l'AIDS

1. Assenza di correlazione tra risultati del test e malattia:
a) «malattie-indice» associate a sieronegatività.

Se la «sieropositività» fosse l'indicatore, come dicono, di una malattia virale attiva responsabile dell'AIDS, avrebbero dovuto essere dimostrati alcuni fenomeni facili da verificare. Innanzitutto tutte le 29 condizioni «indice» avrebbero dovuto essere associate alla sieropositività. Infatti, una peculiarità delle malattie infettive virali (tra le quali viene inclusa l'AIDS) è che hanno una causa unica (appunto il virus responsabile della malattia) e, ovviamente, non possono verificarsi in sua assenza. Così non c'è varicella senza il virus della varicella, non c'è morbillo senza il virus del morbillo e così via.

Poiché è facile riscontrare che le «malattie indice» non sono sempre associate a «sieropositività», il postulato della causa unica viene clamorosamente a cadere. Le conseguenze sono ovvie: *altri fattori devono essere capaci di causare quella condizione là dove «il virus non c'è»*. E, ancora, niente impedisce di pensare che *quegli stessi fattori possano agire anche dove «il virus c'è»*. È un argomento di fondamentale importanza e lo dimostra l'ostinazione con cui i sostenitori della teoria virale ribadiscono: «Senza l'HIV non c'è AIDS»[3].

Mentono sapendo di mentire[4], perché la letteratura scientifica non lascia dubbi: molti sono i casi di malattie «opportunistiche» attribuite alla presenza del virus dell'AIDS e tuttavia osservate in sieronegativi. Di più ancora, molti di questi casi sono ufficialmente chiamati, registrati e conteggiati come casi di AIDS. Di seguito qualche esempio.

In Africa, date le difficoltà tecnico-laboratoristiche, viene da tempo accettata, secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, una diagnosi esclusivamente clinica dell'AIDS, una diagnosi cioè basata soltanto sui sintomi. Ebbene, da rilevazioni campionarie è risultato che la concordanza tra le diagnosi di AIDS con

virus e quelle senza virus oscilla tra il 20 e il 90%[5]. Se ne deduce che *circa la metà* dei casi africani di AIDS si verificherebbe in assenza di anticorpi contro il virus, cioè in assenza di qualsiasi traccia di una presenza del virus nell'organismo osservato.

La grande maggioranza delle malattie africane diagnosticate come AIDS ricadono oggi in un capiente paniere che comprende febbre, diarrea, emaciamento, tubercolosi, cioè condizioni là comunissime e presenti da migliaia di anni. *In questo contesto diagnostico, si può dire che oggigiorno è difficilissimo morire in Africa per condizioni diverse dall'AIDS,* a meno che non si vada in guerra o si venga incornati da un rinoceronte... In altre parole, è ormai evidente che *tutte le malattie del continente africano rischiano di andare ad ingrossare le statistiche della fantomatica epidemia di AIDS.* Ognuno può giudicare a questo punto quanto fondamento abbiano le notizie terroristiche secondo le quali in Africa le persone infettate dall'AIDS sarebbero ormai decine e decine di milioni.

La documentazione in questa materia è imponente. Myron Essex, uno dei massimi studiosi dell'AIDS in Africa, ha affermato ancora nel 1988 che *«in uno studio, su 10.000 abitanti del Senegal considerati ammalati di AIDS è emerso che il 20-30% non presentavano traccia del virus HIV»*[6].

In un'altra ricerca effettuata nel Gambia, su 80 pazienti sospettati di AIDS, 14 risultarono sieropositivi mentre il resto (cioè 66 su 80) risultarono sieronegativi[7].

Come si accennava poco sopra, nei Paesi occidentali la situazione è diversa ma anche qui *i casi di AIDS sieronegativi registrati dalla letteratura scientifica sono migliaia.* Lo stesso Duesberg ne ha contati 2.066 nella letteratura da lui consultata fino al 1993 ed ha scrupolosamente pubblicato il riferimento bibliografico della casistica citata, per chiunque voglia controllare[8].

b) sieropositività in assenza di AIDS.

Fondamentale è anche capire esattamente *quali correlazioni la sieropositività abbia con la malattia,* un'informazione ottenibile con uno studio prospettico. Si sarebbero dovuti per esempio arruolare *cento individui sieropositivi e cento sieronegativi* (scelti tra soggetti simili per età, costituzione, tipo di vita, condizioni di salute, e così via). Poi i due gruppi avrebbero dovuto essere seguiti per diversi anni (supponiamo per 8 anni), senza alcun intervento esterno e si sarebbero dovute registrare le eventuali differenze tra il numero di casi di AIDS insorti tanto nell'uno quanto nell'altro gruppo. Questo elementare tipo di studio, che avrebbe dovuto essere iniziato già nel 1984, cioè dal momento in cui era disponibile un test, a tutt'oggi, cioè alla fine del 1996, *non è stato ancora tentato da nessuno.*

Probabilmente il risultato sarebbe scomodo poiché *molti sono i sieropositivi che restano sani* e poiché *vi sono popolazioni in cui la sieropositività è elevata ma l'AIDS non c'è proprio.*

In uno studio dello stesso Gallo (pubblicato nel 1984) sui sieri di 75 bambini africani in età compresa tra i 6 e i 9 anni era segnalata una grossa percentuale di sieropositivi (66%) senza che vi fosse alcun segno di AIDS.

Il fenomeno, per Gallo ed i suoi collaboratori, costituiva indubbiamente un enigma. Infatti, quei bambini erano troppo giovani perché il virus avesse potuto diffondersi tra loro attraverso i rapporti sessuali (che nella regione osservata iniziano più tardi) ma erano anche troppo «anziani» perché il virus eventualmente trasmesso dalla madre avesse potuto restare latente nei loro organismi così a lungo (come è noto, secondo la teoria ufficiale, l'AIDS ereditaria ha un'incubazione media di 2 anni). Ma l'ineffabile Robert Gallo non si è sgomentato neppure in quell'occasione ed ha prontamente avanzato, con la solita disinvoltura, una facile «ipotesi esplicativa»: «Forse – scrive nel suo rapporto con inconsapevole umorismo – la popolazione locale era acclimatata alla presenza del virus» [sic!][9].

Ancora: in Venezuela, 224 campioni di siero di indiani aborigeni dell'Amazzonia vennero analizzati per verificare la presenza o meno di anticorpi del virus. *Il 4% dei soggetti risultarono sieropositivi ma tutti erano apparentemente sani al momento dello studio*[10]. Questo dato, da solo, è ben difficilmente conciliabile con la versione ufficiale, secondo la quale l'infezione e la malattia sono comparse in Africa centrale per la prima volta, e solo in tempo relativamente recente sono state propagate nel resto del mondo: la popolazione amazzonica in questione era isolata da ogni altra da tempo immemorabile, eppure risultava «infetta» in percentuale notevole.

Come abbiamo visto, la relazione tra sieropositività e malattia è del tutto inutilizzabile dal punto di vista medico visto che tutte le combinazioni sono possibili. La reazione del test, evidentemente capricciosa, può legarsi alla salute come alla malattia, è spesso associata ad un aumento aspecifico delle immunoglobuline, il che si verifica in molte situazioni, come nel corso di malattie autoimmuni, di infezioni croniche, di malaria ed altre parassitosi (per questo in Africa ed altri regioni tropicali ci sono molti sieropositivi), talvolta anche per motivi banali come una vaccinazione antiinfluenzale[11].

2. L'AIDS non si comporta come una malattia infettiva contagiosa.

La pericolosità dei rapporti sessuali promiscui viene ribadita in ogni occasione dagli organi d'informazione. Se la teoria infettiva virale fosse stata vera, la sieropositività

e l'AIDS si sarebbero allargate a macchia d'olio tra la popolazione, tenuto conto che ci sono forti indizi per credere che i rapporti sessuali, anche promiscui, e non protetti, siano continuati in tutti questi anni, anche in Italia. Non dimentichiamo che, secondo la teoria ufficiale che considera l'AIDS una malattia infettiva, le categorie a rischio avrebbero dovuto rappresentare solo la fiammata iniziale di un grande incendio che avrebbe coinvolto appunto tutti (tranne gli anziani, per ragioni biologiche). Questa credenza, che è rispecchiata dalle campagne di informazione-prevenzione, è molto diffusa. Ne è una dimostrazione il seguente comico trafiletto apparso su *Il Giornale* del 26/06/91:

> Idraulici esclusi dalle donazioni perché troppo focosi. In base ai questionari, risultavano avere molti rapporti con le casalinghe a cui cambiavano le guarnizioni del rubinetto.

Messa così, a rischio dovrebbero essere anche le casalinghe; e i loro mariti; e le segretarie dei mariti...

Invece, tra le categorie colpite non risulta che vi siano molti idraulici, e neppure casalinghe. In effetti, la sieropositività e l'AIDS non si sono diffusi affatto secondo le previsioni allarmanti degli anni passati.

L'AIDS è rimasto confinato a gruppi in cui sono presenti fattori di rischio ben precisi, che di per sé stessi possono rendere ragione delle patologie ora imputate all'HIV. Quali sono questi gruppi?

Inizialmente ne furono indicati 4: gli *haitiani,* i *tossicodipendenti,* gli *omosessuali* e gli *emofilici-politrasfusi.* In seguito gli haitiani vennero abbandonati al loro destino (furono letteramente fatti sparire dalle statistiche AIDS) e alle categorie precedenti furono aggiunti i figli di madri sieropositive, le prostitute, il personale sanitario, i partner di sieropositivi nonché gli eterosessuali promiscui.

3. Perché certi gruppi sono colpiti.

Secondo la versione ufficiale, la ragione per cui certi gruppi o individui si ammalano più frequentemente di altri starebbe nella maggiore facilità che essi hanno di contrarre l'infezione da HIV, a causa delle loro abitudini (per esempio, la tossicodipendenza) o dei loro rischi clinici (per esempio, le trasfusioni). Gli altri rischi, *non infettivi,* corsi dagli stessi gruppi o individui sono tanto stranamente quanto caparbiamente considerati ininfluenti dalla scienza ufficiale. Ed è un vera sciagura perché si tratta di rischi importanti che possono agevolmente spiegare le patologie ora attribuite al virus e che, se conosciuti, potrebbero essere evitati.

Vediamo dunque quali altri rischi sono presenti in chi si ammala (al di fuori della sieropositività).

Per quanto riguarda i *tossicodipendenti* (circa il 32% dei malati negli Stati Uniti e il 60% in Italia) si tratta di individui che, oltre a subire gli effetti negativi dell'eroina, della cocaina, dell'alcool, dell'extasy, delle anfetamine e di altre sostanze psicotrope, *si alimentano in modo scorretto ed insufficiente e sono colpiti in modo più o meno continuo da infezioni multiple,* anche perché introducono nelle loro vene sostanze di origine incerta ma tossiche anch'esse e spesso settiche. Si sa per esempio che ad ognuno dei suoi 7-10 passaggi (dal produttore al consumatore) la droga viene «tagliata» con sostanze e modalità diverse, ma quasi sempre accomunate dalla più totale incuria dell'igiene.

In queste condizioni, non c'è davvero da stupirsi se le stesse malattie (polmoniti, endocarditi, tubercolosi,

ecc.) e, *a lungo andare,* la stessa immunodepressione colpiscono molti tossicodipendenti, siano essi sieronegativi oppure sieropositivi. D'altro canto, i soggetti «infetti» che sospendono l'uso della droga vedono il loro rischio di contrarre l'AIDS conclamata ridursi di ben tre volte[12], a conferma di quanto sia determinante lo «stile di vita». Molte droghe hanno anche un effetto immuno-depressivo riconosciuto, proporzionato alla dose, alla frequenza, alla durata dell'assunzione, alla resistenza individuale. (È noto che alcuni possono essere euforici dopo aver bevuto due bicchieri di vino, altri «tenere egregiamente» mezza bottiglia di whisky.)

Anche tra i figli sieropositivi di madri tossicodipendenti *le patologie sono del tutto identiche a quelle dei figli sieronegativi* e presentano la stessa frequenza statistica. Sembra quindi perfettamente logico attribuire le patologie di questi bambini alle tossine ricevute nella vita uterina dalla madre, piuttosto che all'azione del virus famigerato.

Gli *omosessuali* costituiscono circa il 62% dei malati di AIDS negli Stati Uniti e il 48% in Europa.

Pur essendo il gruppo più rappresentato, è errato affermare che gli *omosessuali in generale* costituiscono una categoria a rischio per l'AIDS. Ricordiamo infatti che il loro numero è molto elevato: si calcola che circa il 10% della popolazione maschile sessualmente attiva in America ed in Europa sia omo- o bisessuale. Ciò equivale a circa 8.000.000 di persone negli Stati Uniti, altrettanti complessivamente in Europa e 3.000.000 circa in Italia. Un recente sondaggio italiano riportava che una percentuale ancora maggiore (il 18%) dei maschi intervistati ammetteva di avere avuto uno o più rapporti omosessuali[13].

Ebbene, *solo una parte molto esigua di questi individui è stata colpita dall'AIDS.* Per parte sua, Duesberg ha dimostrato che il problema riguarda esclusivamente gli omosessuali che facciano o abbiano fatto uso sistematico di droghe multiple, cocaina, extasy, alcool, marijuana, nitriti assunti per via inalatoria e a forti dosi. I nitriti sono molecole molto reattive, si legano alle proteine, alle vitamine, all'RNA, causando danni cellulari ed immunodepressione. Sono usati a lungo ed a forti dosi quasi esclusivamente dagli omosessuali per i loro effetti afrodisiaci e rilassanti della muscolatura sfinterica.

Per quanto riguarda gli *emofilici* (circa l'1% dei malati di AIDS nordamericani e il 3% di quelli europei) si calcola che suppergiù il 75% dei 20.000 emofilici americani siano stati «infettati» dalle trasfusioni di fattori della coagulazione *prima* che fosse disponibile il «test dell'AIDS», cioè tra il 1978 ed il 1984.

A 10 anni di distanza dall'infezione, *la metà di quel 75% (15.000) avrebbe dovuto essere stata pesantemente colpita* e la mortalità avrebbe dovuto essere molto cresciuta nell'intero gruppo.

Invece *l'età media degli emofilici è passata dagli 11 anni del 1972, ai 20 anni del 1982 e ai 25 anni del 1986: quale migliore smentita alle tesi ufficiali?*

In verità ce n'è una, talmente paradossale, da far accapponare la pelle. Lo stesso Centro epidemiologico (CDC) di Atlanta ha pubblicato nel 1994 una nota in *cui si esclude che vi siano e vi siano stati rischi di trasmissione dell'HIV con i fattori della coagulazione.* Questi vengono da lungo tempo preparati nella forma di polvere liofilizzata che può impiegare settimane o mesi nell'attesa di essere usata. Dunque, secondo i CDC:

> Al fine di ottenere dei dati sulla sopravvivenza dell'HIV, studi in laboratorio hanno richiesto l'utilizzazione di concentrazioni artificialmente alte di virus cresciuto in labora-

torio... La quantità di virus concentrata non è ritrovabile in tessuti umani o in nessun altro luogo in natura. Inoltre, il virus non si diffonde né conserva la sua infettività al di fuori del suo ospite. Sebbene queste concentrazioni innaturali di HIV possano essere mantenute vive sotto condizioni precisamente controllate e limitate di laboratorio, gli studi dei CDC hanno dimostrato che la disidratazione anche di queste concentrazioni così alte di HIV riduce il numero di virus infettivo del 90-99% entro alcune ore. Poiché le concentrazioni di HIV usate in laboratorio sono molto più alte di quelle attualmente trovate nel sangue o altri materiali organici, la disidratazione del sangue umano od altri fluidi corporei infetti con l'HIV, *riduce il rischio teorico di trasmissione ambientale* – per quanto è stato osservato – *essenzialmente a zero*[14].

Le considerazioni che si possono fare sono molteplici:

a) secondo le stesse autorità sanitarie, dunque, gran parte degli emofilici è diventata sieropositiva senza essere stata infettata da alcun virus: quindi un'altra spiegazione per la sieropositività avrebbe dovuto farsi strada (ma ciò non è avvenuto);
b) l'atteggiamento dei CDC è contraddittorio poiché continuano a guardare i pazienti con emofilia come a rischio per infezione da HIV a causa di concentrati di fattore VIII, «contaminati», che contaminati non sono.

La spiegazione di Duesberg[15] e della Eleopulos[16] è che i carichi di proteine estranee (concentrati di fattori della coagulazione) sono essi stessi immunodepressivi sia in emofilici sieropositivi che sieronegativi. Inoltre, la Eleopulos dimostra convincentemente che i frammenti cellulari (le «impurità») presenti negli stessi preparati possono agire come una specie di vaccino, dando luogo ad una reazione anticorpale che viene poi segnalata dal famoso test e creduta erroneamente segno

di infezione. Infezione falsa che spesso viene curata con farmaci altamente tossici.

Per quanto riguarda i *politrasfusi*, rappresentano l'1% del totale e la loro mortalità, molto elevata, è probabilmente dovuta alle condizioni cliniche di base che hanno reso necessarie le trasfusioni multiple[17]. Circa il 50% dei trasfusi americani (non emofilici) muore entro un anno dopo aver ricevuto la trasfusione ed oltre il 60% entro 3 anni, sieropositivi o sieronegativi che siano[18].

Ad un altro gruppo a rischio appartengono *coloro che si curano con AZT* ed altri farmaci «antiretrovirali».

È un gruppo molto vasto che si sovrappone agli altri, ma non solo: vi sono molti sieropositivi per caso, inizialmente sani e non compresi nelle categorie già menzionate, che sono stati convinti ad iniziare questo tipo di cura. Si tratta di farmaci che sono in grado di provocare immunodepressione ed altre disfunzioni che in un sieropositivo fanno scattare la diagnosi di AIDS (argomento di particolare gravità che tratteremo in seguito).

Va sottolineato che vari gruppi apparentemente molto esposti al famigerato virus e all'infezione, secondo la teoria ufficiale (personale sanitario, eterosessuali promiscui, prostitute), sono risultati in realtà *largamente esenti dalla malattia.*

Il *personale sanitario,* che è costantemente a contatto con i malati, avrebbe dovuto registrare un altissimo numero di vittime in oltre 12 anni di «guerra contro il virus»: all'opposto il numero dei sieropositivi prodotti dal lavoro ospedaliero è solo di qualche decina in tutto il mondo, mentre sono ancor meno i casi di AIDS conclamata e riguardano o membri del personale sanitario appartenenti alle solite categorie a rischio (omosessuali, tossicodipendenti ecc.) o soggetti trattati con AZT. E tutto ciò a fronte di *decine di milioni* di persone che, ogni anno, restano vittime di infezio-

ni contratte in ospedale. Il fatto fondamentale, comunque, è *che tra i sanitari il rischio globale di AIDS è risultato comunque inferiore alla media della popolazione in generale!*

Con vivo compiacimento dei sessuofobi di ogni marca, le autorità sanitarie hanno indicato fin dall'inizio, e tuttora indicano, negli *eterosessuali non monogami* un altro gruppo a rischio per l'AIDS. Attribuendo al virus HIV un forte spirito di attaccamento all'istituto familiare, il nostro «super-esperto» Ferdinando Aiuti è arrivato a sostenere che anche «un singolo rapporto extraconiugale nel corso degli ultimi dieci anni può costituire un pericolo».

In quanto promiscue per definizione, le *prostitute* sono anch'esse indicate dalla scienza ufficiale un gruppo ad alto rischio, destinato ad ammalarsi di AIDS in massa. Sennonché, anche questa tenebrosa previsione degli «esperti» è stata clamorosamente smentita e, a tutt'oggi, pochissime prostitute risultano colpite dall'AIDS: per l'esattezza (in base ai dati ufficiali del Consiglio Superiore di Sanità) *in Italia 22 in tutto* (dicesi 22), su un totale di oltre 27.000 malati adulti, al 31 marzo 1995[19]. Di questo ennesimo paradosso discuteremo comunque in un apposito capitolo.

Riassumendo, i tossicodipendenti, gli omosessuali tossicodipendenti, gli emofilici, i politrasfusi, quelli che sono in cura con gli «antivirali» rappresentano, in Occidente, oltre il 97% dei casi di AIDS. Ogni gruppo contrae patologie caratteristiche ed i *fattori di rischio, per se stessi, costituiscono una ragionevole causa delle patologie che vengono sviluppate*[20] (v. anche le tavole 1 e 2 a p. 250). Solamente in poche situazioni non vengono ritrovati fattori sufficientemente gravi da giustificare lo stato di malattia, ma, a differenza di quanto accade nell'ambito dell'ipotesi virale, vi è spazio per altre spiegazioni ed integrazioni, a patto che siano razionali e dimostrabili.

In Africa, quello che viene chiamato AIDS è una faccenda completamente diversa in quanto a definizione, patologie, epidemiologia ed altri aspetti ancora, come vedremo nel Capitolo decimo (p. 71).

Prima di concludere, sembra importante sottolineare che i primi studi di Gallo, su cui è stata costruita l'ipotesi di una correlazione causale tra l'infezione da HIV e l'AIDS conclamata, sono stati dimostrati *fraudolenti* perché caratterizzati da alterazione e invenzione di dati ed altre gravi scorrettezze. Sorge allora spontanea la domanda...

4. *Non esistono studi che dimostrino che l'AIDS è causato dall'HIV.*

Sentiamo cosa è capitato a Kary Mullis, Premio Nobel per la chimica del 1993, per aver inventato la PCR (Reazione Polimerasica a Catena), strumento laboratoristico di enorme importanza.

Mullis racconta di essere entrato nella controversia dell'AIDS per caso, quando nel 1988 stava preparando un lavoro sul «virus HIV». Ad un certo punto avrebbe dovuto giustificare, nella sua relazione, la seguente frase: «L'HIV è la causa dell'AIDS». Pertanto si rivolse ai colleghi presenti e domandò quale fosse il riferimento bibliografico più opportuno. I colleghi non seppero precisarlo, ma dissero che non ce n'era bisogno. «Tanto era un fatto noto a tutti». Mullis, non si diede per vinto: lo studio che cercava era troppo importante, doveva pur trovarsi da qualche parte, bastava cercare in biblioteca. Così fece, ma quello studio non riuscì proprio a trovarlo. Allora, sempre più incuriosito, cercò di saperlo ai Congressi scientifici, riproponendo la sua elementare domanda.

Due anni dopo, era ancora al punto di partenza: *nessuno era riuscito a indicargli quella fondamentale voce biblio-*

grafica. Questo fatto, che non aveva giustificazioni, gli fece pensare di trovarsi di fronte a qualcosa di grosso che sfidava sia il senso scientifico che il buon senso comune. Finalmente ebbe l'opportunità di porre le sua cruciale domanda ad uno dei padri dell'HIV e dell'AIDS, nientemeno che a Luc Montagnier, in occasione di un Congresso in America.

Così gli espose il suo problema. Un po' stupito, Montagnier rispose: «Perché non citare quel tale studio?». E Mullis: «Ma quello non si occupa della dimostrazione che io sto cercando». «No, in effetti», egli ammise forse pensando a quando lo scocciatore se ne sarebbe andato. Poi si guardò intorno, forse per trovare supporto tra tutte le persone che si erano fatte intorno ad ascoltare, aspettando anch'esse una risposta definitiva. «Perché non cita il lavoro sul retrovirus della scimmia?» «Ho letto anche quello, professore», rispose Mullis. «Quanto è accaduto a quelle scimmie non dimostra affatto quello che cerco. E poi quel lavoro è stato pubblicato solo di recente, io sto cercando il lavoro originale in cui venne dimostrato che l'HIV causa l'AIDS».

A questo punto, però, Montagnier si alzò e corse a salutare un conoscente dall'altra parte della sala.

Insomma Montagnier, di fronte ad uno specialista non sprovveduto, non tentò neppure di indicare come dimostrativi i suoi lavori o quelli di Gallo o quelli di chiunque altro, per l'ovvio motivo *che sapeva benissimo come nessuno di quei lavori dimostrasse la teoria eziologica ufficiale dell'AIDS, e cioè che la sindrome è causata dal cosiddetto virus HIV.*

CAPITOLO SESTO

LA TERZA MISTIFICAZIONE: LA DEFINIZIONE DELLA MALATTIA

La definizione stessa della malattia (AIDS: Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) presenta gravissime carenze e contraddizioni sotto il profilo scientifico.

Essa comprende infatti un alto numero di malattie già conosciute, che *aumenta ad ogni revisione della definizione:* attualmente esse sono ben 29!

Queste malattie, che *non sono affatto associate sempre ad una forma di immunodeficienza,* sono definite AIDS se associate ad un «test per l'AIDS» positivo, mentre sono chiamate col loro vecchio nome se il risultato del test è negativo. Il solito «discorso circolare».

Per chiarire bene questo incredibile pasticcio antiscientifico, Duesberg ha fatto qualche gustoso esempio:

> Se una persona ha la tubercolosi e risulta sieropositiva, allora «ha l'AIDS». Se invece ha la tubercolosi ma risulta

sieronegativa, allora ha «soltanto la tubercolosi». O ancora, se un individuo ha la demenza precoce e risulta sieropositivo, allora ha l'AIDS. Se viceversa è demente ma risulta sieronegativo, allora... «è solo un povero matto».

In altre parole è la malattia che si adatta alla definizione (e non viceversa, come vorrebbe ogni corretta logica scientifica). La «definizione» ci riserva comunque molte altre sorprese. Essa permette di fare una diagnosi di AIDS presuntivamente, anche quando tutti i «test dell'AIDS» risultino negativi[1]. Insomma, *anche quando non c'è neanche la più piccola traccia di questo fantomatico virus, si fa finta che esso ci sia ugualmente: come se si sostenesse che il morbillo può esserci senza il virus del morbillo, o si proclamasse che c'è un incendio senza fuoco, o una musica senza suoni.*

La «definizione di caso di AIDS» è strutturata in maniera complessa e forse anche per questo è poco conosciuta. Essa però offre una miniera di importanti informazioni e di incredibili incongruenze. Ha subito varie modificazioni, nel 1986[2], nel 1987[3], nel 1993[4] e ad ogni modifica il numero delle condizioni patologiche in essa comprese è aumentato, con ovvie distorsioni per le statistiche epidemiologiche[5].

Orbene, in sintesi, secondo la revisione applicata nel 1993[6], la sindrome comprende 29 condizioni già conosciute che colpiscono soggetti il cui sistema immunitario è gravemente compromesso (ma non sempre) ed è caratterizzata da una marcata diminuzione (ma non sempre) di un certo tipo di linfociti, denominati T4 o CD4.

La definizione prevede, *come condizione irrinunciabile per la diagnosi,* un risultato positivo al test dell'AIDS (non però in Africa, come vedremo).

È evidente che questa definizione ufficiale dell'AIDS *non rispetta le regole della logica scientifica* sotto diversi profili:

1. Fino al dicembre 1992, essa permetteva di fare diagnosi di AIDS anche quando *tutte le prove laboratoristiche risultavano negative* «per l' HIV»[7] quantunque l'HIV fosse contemporaneamente ritenuto *conditio sine qua non* della malattia. Questa incredibile impostazione escogitata dai cervelloni americani era una delle norme valide fino alla data indicata: dal 1 gennaio 1993 la definizione è stata infatti cambiata per l'America e l'Europa. Siamo così in presenza ora di una nuova definizione americana[8], di una nuova definizione europea[9] e di una vecchia definizione della malattia per il Terzo Mondo[10].

2. La definizione africana permette di diagnosticare l'AIDS in quel continente, *anche senza avere a disposizione il risultato del test* (nel «lodevole» tentativo di facilitare il compito dei medici e degli epidemiologi). È sufficiente riscontrare sintomi molto comuni laggiù[11], quali diarrea o febbre o perdita di peso, per poter emettere la diagnosi di AIDS recepita come una sentenza capitale dal povero africano a cui viene anche detto: «Non esiste né cura né vaccino capace di curare l'AIDS»[12]. Le multiple infezioni ed infestazioni delle popolazioni africane, compresa la comune tubercolosi, sono state riassorbite in questa assurda catalogazione.

3. Essa permette di fare diagnosi di AIDS *con la sola positività al test anti-HIV, anche se sono presenti cause note di immunodeficenza*[13]. Per esempio, se il «test» diventa positivo in un bambino con una immunodeficienza congenita, la sua immunodeficienza si trasforma, con uno schiocco di dita, in acquisita (cioè in AIDS).

4. Essa *non tiene in considerazione molte cause note e frequenti di immunodepressione* (per esempio la stessa emofilia ed il suo trattamento, l'effetto a lungo termine di molte droghe, certi comportamenti molto lesivi per la salute, la denutrizione e così via), *a patto che sia presente*

la sieropositività: anche qui, come d'incanto tutte le responsabilità vengono passate interamente all'HIV, che gode di una corsia preferenziale.

5. Essa permette di fare diagnosi di AIDS perfino *senza la presenza di immunodepressione:* cioè in caso di encefalopatia, di linfoma, di deperimento organico, di sarcoma di Kaposi, tutte condizioni che possono verificarsi anche in assenza di immunodepressione e sono perciò indipendenti da questa[14]. Peccato che una «sindrome da immunodepressione» senza immunodepressione è a dir poco bizzarra ed equivale ad una diagnosi di epatite... senza infiammazione del fegato!

6. Si continua a ritenere indicatore dell'AIDS anche il sarcoma di Kaposi, pur essendo noto ed ammesso dagli stessi Centri epidemiologici americani (CDC) che «questo sarcoma *non è causato dall'HIV ed è indipendente da esso»*[15].

Insomma, come si accennava testé, *ci sono definizioni e diagnosi di AIDS volta a volta nordamericane, europee, sudamericane, africane, asiatiche e perfino pediatriche.*

I numeri sulla «epidemia» forniti in una grande insalata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità comprendono tutte queste «cose» differenti e tra loro inconciliabili: un bell'insieme di mele, pere, guanti, spazzolini da denti e così via.

Va infine segnalata un'altra, cruciale truffa all'interno di queste truffaldine definizioni dell'AIDS. *Le modifiche ripetutamente apportate alla definizione hanno consentito una continua dilatazione del numero dei soggetti definiti «malati di AIDS»*: così, per esempio, se nella popolazione degli Stati Uniti, con la definizione del 1986, mille pazienti potevano essere definiti malati di AIDS, con quella dell'87 essi sarebbero diventati 1.300 e, con quella del 1993, 2.275[16]!

CAPITOLO SETTIMO

LA QUARTA MISTIFICAZIONE: STATISTICHE E PREVISIONI EPIDEMIOLOGICHE

Qualcuno ha detto che «l'epidemiologia è come il bikini: quello che rivela è interessante, ma quello che nasconde è addirittura essenziale». Nel caso delle statistiche sull'AIDS, si potrebbe preliminarmente osservare che il bikini è stato trasformato in uno scafandro: le statistiche rivelano ben poco e nascondono quasi tutto. Da quando, nella già citata conferenza stampa del 1984, Robert Gallo e il ministro americano della Sanità annunciarono trionfalmente che era stata individuata la vera ed unica causa dell'AIDS, essi puntellarono prontamente quella prima grande menzogna con una seconda grande menzogna: essi sostennero cioè che non potevano esserci dubbi sulla validità della causa indicata perché questa veniva sostenuta da *prove epidemiologiche sempre più schiaccianti.*

la sieropositività: anche qui, come d'incanto tutte le responsabilità vengono passate interamente all'HIV, che gode di una corsia preferenziale.

5. Essa permette di fare diagnosi di AIDS perfino *senza la presenza di immunodepressione:* cioè in caso di encefalopatia, di linfoma, di deperimento organico, di sarcoma di Kaposi, tutte condizioni che possono verificarsi anche in assenza di immunodepressione e sono perciò indipendenti da questa[14]. Peccato che una «sindrome da immunodepressione» senza immunodepressione è a dir poco bizzarra ed equivale ad una diagnosi di epatite... senza infiammazione del fegato!

6. Si continua a ritenere indicatore dell'AIDS anche il sarcoma di Kaposi, pur essendo noto ed ammesso dagli stessi Centri epidemiologici americani (CDC) che «questo sarcoma *non è causato dall'HIV ed è indipendente da esso»*[15].

Insomma, come si accennava testé, *ci sono definizioni e diagnosi di AIDS volta a volta nordamericane, europee, sudamericane, africane, asiatiche e perfino pediatriche.*

I numeri sulla «epidemia» forniti in una grande insalata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità comprendono tutte queste «cose» differenti e tra loro inconciliabili: un bell'insieme di mele, pere, guanti, spazzolini da denti e così via.

Va infine segnalata un'altra, cruciale truffa all'interno di queste truffaldine definizioni dell'AIDS. *Le modifiche ripetutamente apportate alla definizione hanno consentito una continua dilatazione del numero dei soggetti definiti «malati di AIDS»*: così, per esempio, se nella popolazione degli Stati Uniti, con la definizione del 1986, mille pazienti potevano essere definiti malati di AIDS, con quella dell'87 essi sarebbero diventati 1.300 e, con quella del 1993, 2.275[16]!

CAPITOLO SETTIMO

LA QUARTA MISTIFICAZIONE: STATISTICHE E PREVISIONI EPIDEMIOLOGICHE

Qualcuno ha detto che «l'epidemiologia è come il bikini: quello che rivela è interessante, ma quello che nasconde è addirittura essenziale». Nel caso delle statistiche sull'AIDS, si potrebbe preliminarmente osservare che il bikini è stato trasformato in uno scafandro: le statistiche rivelano ben poco e nascondono quasi tutto. Da quando, nella già citata conferenza stampa del 1984, Robert Gallo e il ministro americano della Sanità annunciarono trionfalmente che era stata individuata la vera ed unica causa dell'AIDS, essi puntellarono prontamente quella prima grande menzogna con una seconda grande menzogna: essi sostennero cioè che non potevano esserci dubbi sulla validità della causa indicata perché questa veniva sostenuta da *prove epidemiologiche sempre più schiaccianti.*

Queste «prove epidemiologiche» sono state, da allora, costantemente invocate a sostegno dell'ipotesi virale dell'AIDS: peccato che, come vedremo, esse siano del tutto inesistenti. *Al contrario, la realtà epidemiologica scalza sistematicamente l'ipotesi virale dell'AIDS.*

Nelle pagine precedenti abbiamo evidenziato come, fin da principio, gli anticorpi rivelati dal test «anti-HIV» fossero stati ritrovati solo in una parte dei malati di AIDS, compresi in quelli descritti inizialmente da Gallo e Montagnier[1].

Sempre nelle pagine precedenti, abbiamo sottolineato che, se si prende (come le autorità sanitarie esigono) la sieropositività quale dimostrazione dell'esistenza dell'infezione, nei Paesi occidentali tendono a configurarsi alcuni ben definiti gruppi a rischio (tossicodipendenti, omosessuali, politrasfusi), mentre in Africa, ad Haiti ed in altre regioni del mondo, la sieropositività risulta molto più estesa nella popolazione in generale ma l'incidenza della malattia conclamata è legata solo all'artificio della definizione.

Con buona pace dei moralisti sessuofobi, infine, la diffusione della sieropositività e dell'AIDS tra le prostitute e gli eterosessuali promiscui (ove non si associ a questa pratica «poligamica» anche la tossicodipendenza) risulta *estremamente ridotta* e comunque successiva all'introduzione dell'AZT nelle terapie.

Ma vediamo ora nelle loro linee generali le statistiche sulla diffusione dell'AIDS nel mondo.

Va anzitutto precisato che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sempre preferito diffondere «stime» circa la diffusione della malattia, in quanto le rilevazioni statistiche, pur gonfiate (come si è visto) dal continuo ampliamento delle «definizioni» dell'AIDS, restavano sempre molto inferiori alle aspettative iettatorie degli «esperti».

Alla data del 15 dicembre 1995, per esempio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità «stima» in circa 6.000.000 i casi di AIDS, mentre ne rileva molto meno: 1.291.810[2] (v. tav. 3 e 4 a p. 251).

Del resto, *le rilevazioni statistiche sulla sieropositività nel mondo sono anch'esse del tutto incontrollabili, poiché riguardano Paesi (Africa in special modo) dove i test spesso non vengono neppure eseguiti.*

Là dove i dati sono più attendibili, cioè in Europa e nel Nord America, la situazione è bene evidenziata dai grafici seguenti, dai quali emerge che l'AIDS (nonostante gli sforzi degli epidemiologi) è rimasta sempre una malattia sostanzialmente marginale.

La completa inaffidabilità delle rilevazioni e previsioni statistiche nel campo dell'AIDS risalta del resto con estrema chiarezza anche nel nostro Paese. *Il fallimento delle previsioni* – è bene sottolinearlo – *è anche la dimostrazione inequivocabile del fallimento della teoria.*

Nel 1988 l'andamento della crescita dei casi registrati e il supposto legame della malattia con la sieropositività (creduta prova di infezione con il virus HIV) portò a pensare che i 200.000 sieropositivi allora attribuiti all'Italia dalle solite «stime» delle autorità sanitarie sarebbero raddoppiati ogni 10 mesi[3]. Di quel passo, nel 1994, i sieropositivi avrebbero dovuto essere nel nostro Paese circa 26.000.000 (v. tav. 5 a p. 252) *e oggi aver superato, per numero, l'intera popolazione italiana!*

Viceversa, nel 1991, con una incredibile retromarcia, gli «stessi esperti» valutavano complessivamente i sieropositivi a 150.000[4] e, alla fine del 1993, a «100.000 circa», e così ogni anno fino al 1996, sempre e solo 100.000. Vale la pena di notare che gli organi d'informazione, in ognuna di queste occasioni, aggiungevano a queste cifre commenti del tipo: «L'infezione è in rapida espansione».

Possiamo consolarci pensando che lo stesso è avvenuto, con poche variazioni, negli altri Paesi occidentali, *per esempio in USA le stime dei sieropositivi sono rimaste a quota 1 milione dal 1986 al 1996.*

Siamo dunque dinanzi ad una epidemia davvero strana che, nel quinquennio della sua presunta esplosione, in Italia vede dimezzarsi (anziché moltiplicarsi per 26 volte come avevano previsto gli «esperti») il numero delle persone infette. È la prima epidemia della storia che vede una diminuzione della prevalenza e dell'incidenza dei casi di «infezione» nel periodo della sua «crescita esponenziale»!

La posizione dei cosiddetti esperti appare ancora più grottesca quando si tenga presente che, mentre si prevedeva uno sviluppo della sieropositività a quei ritmi travolgenti e si calcolava (nel 1988) che ci sarebbero stati oltre 142.000 casi di AIDS conclamata entro il 1992 (mentre ne furono registrati 16.935, come emerge dalla tav. 6 a p. 253), ci si premurava anche di precisare che queste previsioni terroristiche e catastrofiche «si attenevano ai valori minimi prudenziali delle curve matematiche, in modo da rimanere entro ampi margini precauzionali»[5]. In base alla teoria di Gallo, che avevano fatto propria, gli «esperti» si aspettavano uno sviluppo esplosivo.

Nell'anno seguente, cioè nel 1989, essendo necessario riconoscere che la crescita dei casi di AIDS era stata molto inferiore al previsto, altri modelli matematici vennero predisposti, con esplicito obiettivo di coprire ogni possibilità[6]. Ma anche questi modelli successivi, come si può controllare dalla tavola n. 7 a p. 254, fallirono miseramente fin dalle prime proiezioni.

Di fronte alla «dura realtà», cioè all'aumento inaspettatamente modesto dei casi di AIDS, gli «esperti» non si scoraggiarono ed escogitarono una serie di trucchi per gonfiare artificialmente le statistiche:

1. Il numero delle malattie comprese nella definizione di AIDS è stato aumentato ad intervalli regolari: dalle 18 malattie iniziali siamo arrivati ora a 29 «condizioni indice» (in Europa 28; in Africa... non c'è limite all'arbitrio[7]).

2. Tra le malattie catalogabili come AIDS è stata inclusa anche una patologia esclusivamente femminile, che *non ha niente a che fare né con l'immunodepressione né con l'HIV:* il carcinoma uterino. Probabilmente questa «trovata» ha lo scopo di ottenere un aumento nella percentuale dei casi femminili di AIDS: è da molti anni infatti che gli epidemiologi tentano disperatamente di dimostrare che l'AIDS si sta estendendo in forma massiccia anche alle donne, ma poiché queste (quasi sempre tossicodipendenti) restano sempre troppo poche (solo il 10% del totale dei pazienti degli Stati Uniti), ogni mezzo è buono per gonfiare le statistiche. In Italia (il virus italiano ha deciso diversamente) le proporzioni si sono invece mantenute invariate dal 1988 al 1995 (adulti, donne: 1988, 21%; 1995, 20,5%)[8].

3. C'è anche l'abitudine di presentare al pubblico *dati cumulativi che sono, ovviamente ed inevitabilmente, sempre in crescita dato che sommano i nuovi casi con quelli già noti.* Ma anche con tutte queste gonfiature statistiche l'AIDS ha un impatto sociale contenuto: circa 2.000 morti l'anno, a fronte di 245.000 morti l'anno per malattie cardiovascolari, 165.000 morti l'anno per tumori, e 29.000 morti per incidenti stradali e altri traumatismi, nello stesso periodo.

Le manipolazioni scientifiche ed informative italiane sono solo una miniatura, comunque, rispetto a quelle montate intorno all'AIDS in Africa. Già all'apertura di questo libro abbiamo presentato il drammatico atto di accusa dei coniugi Krynen (due «missionari laici» che hanno gui-

Possiamo consolarci pensando che lo stesso è avvenuto, con poche variazioni, negli altri Paesi occidentali, *per esempio in USA le stime dei sieropositivi sono rimaste a quota 1 milione dal 1986 al 1996.*

Siamo dunque dinanzi ad una epidemia davvero strana che, nel quinquennio della sua presunta esplosione, in Italia vede dimezzarsi (anziché moltiplicarsi per 26 volte come avevano previsto gli «esperti») il numero delle persone infette. È la prima epidemia della storia che vede una diminuzione della prevalenza e dell'incidenza dei casi di «infezione» nel periodo della sua «crescita esponenziale»!

La posizione dei cosiddetti esperti appare ancora più grottesca quando si tenga presente che, mentre si prevedeva uno sviluppo della sieropositività a quei ritmi travolgenti e si calcolava (nel 1988) che ci sarebbero stati oltre 142.000 casi di AIDS conclamata entro il 1992 (mentre ne furono registrati 16.935, come emerge dalla tav. 6 a p. 253), ci si premurava anche di precisare che queste previsioni terroristiche e catastrofiche «si attenevano ai valori minimi prudenziali delle curve matematiche, in modo da rimanere entro ampi margini precauzionali»[5]. In base alla teoria di Gallo, che avevano fatto propria, gli «esperti» si aspettavano uno sviluppo esplosivo.

Nell'anno seguente, cioè nel 1989, essendo necessario riconoscere che la crescita dei casi di AIDS era stata molto inferiore al previsto, altri modelli matematici vennero predisposti, con esplicito obiettivo di coprire ogni possibilità[6]. Ma anche questi modelli successivi, come si può controllare dalla tavola n. 7 a p. 254, fallirono miseramente fin dalle prime proiezioni.

Di fronte alla «dura realtà», cioè all'aumento inaspettatamente modesto dei casi di AIDS, gli «esperti» non si scoraggiarono ed escogitarono una serie di trucchi per gonfiare artificialmente le statistiche:

1. Il numero delle malattie comprese nella definizione di AIDS è stato aumentato ad intervalli regolari: dalle 18 malattie iniziali siamo arrivati ora a 29 «condizioni indice» (in Europa 28; in Africa... non c'è limite all'arbitrio[7]).

2. Tra le malattie catalogabili come AIDS è stata inclusa anche una patologia esclusivamente femminile, che *non ha niente a che fare né con l'immunodepressione né con l'HIV:* il carcinoma uterino. Probabilmente questa «trovata» ha lo scopo di ottenere un aumento nella percentuale dei casi femminili di AIDS: è da molti anni infatti che gli epidemiologi tentano disperatamente di dimostrare che l'AIDS si sta estendendo in forma massiccia anche alle donne, ma poiché queste (quasi sempre tossicodipendenti) restano sempre troppo poche (solo il 10% del totale dei pazienti degli Stati Uniti), ogni mezzo è buono per gonfiare le statistiche. In Italia (il virus italiano ha deciso diversamente) le proporzioni si sono invece mantenute invariate dal 1988 al 1995 (adulti, donne: 1988, 21%; 1995, 20,5%)[8].

3. C'è anche l'abitudine di presentare al pubblico *dati cumulativi che sono, ovviamente ed inevitabilmente, sempre in crescita dato che sommano i nuovi casi con quelli già noti.* Ma anche con tutte queste gonfiature statistiche l'AIDS ha un impatto sociale contenuto: circa 2.000 morti l'anno, a fronte di 245.000 morti l'anno per malattie cardiovascolari, 165.000 morti l'anno per tumori, e 29.000 morti per incidenti stradali e altri traumatismi, nello stesso periodo.

Le manipolazioni scientifiche ed informative italiane sono solo una miniatura, comunque, rispetto a quelle montate intorno all'AIDS in Africa. Già all'apertura di questo libro abbiamo presentato il drammatico atto di accusa dei coniugi Krynen (due «missionari laici» che hanno gui-

dato per vari anni una *troupe* di 230 medici e paramedici impegnati nella «lotta contro l'AIDS» nel cuore del continente africano) contro le autorità sanitarie internazionali.

Queste autorità hanno irresponsabilmente presentato il continente africano come una gigantesca «bomba virale» destinata a distruggere la sua stessa popolazione e quella dei continenti circostanti.

> Siamo in presenza – ha scritto Dickson Patrik, direttore medico dell'Organizzazione per l'Addestramento e l'Educazione alla Terapia dell'AIDS (acet) – di una catastrofe planetaria di inimmaginabili proporzioni che sta esplodendo sotto i nostri occhi... L'AIDS è il più grande problema sanitario che l'umanità di questo pianeta abbia mai dovuto affrontare[9].

A loro volta i dirigenti dell'UNICEF (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Assistenza all'Infanzia) hanno scritto[10]:

> 5.500.000 bambini sotto i 15 anni resteranno orfani entro il 2000, in Africa centrale ed Orientale, se la diffusione dell'AIDS continuerà col ritmo attuale.

E il Dott. Michel Merson, direttore esecutivo del Programma Globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'AIDS, ha scritto[11]:

> Attualmente, riteniamo che circa 14.000.000 di uomini, donne e bambini nel continente africano siano stati in fettati dall'HIV e circa 2.500.000 di loro abbiano già sviluppato l'AIDS... Via via che ci avviciniamo al 2000 questo numero crescente di malati comporterà conseguenze economiche e sociali estremamente gravi.

Possiamo meglio capire, ora, la nota di disperazione che si avverte nelle parole dei coniugi Krynen:

> Noi occidentali abbiamo fabbricato l'AIDS: ora dobbiamo capire come possiamo smontarlo. È necessario e urgente far sapere a tutti che questa epidemia che doveva spazzare via l'Africa intera è solo una grande bolla di sapone.

Fortunatamente, anche i medici africani cominciano a dar voce a seri dubbi sul test dell'AIDS che, come essi dicono e come tutti ormai sappiamo, produce molti «falsi positivi», cioè indica come infette molte persone che non lo sono.

Il prof. Timothy Stamps, ministro della Sanità e dell'Assistenza all'Infanzia nello Zimbawe, ha dichiarato:

> L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'industria dell'assistenza hanno inventato una dannosa epidemia di AIDS in Africa. La mia preoccupazione basilare è che tutto ciò sta distraendo denaro, attenzione e personale da problemi reali e gravi come la malaria, la tubercolosi, le malattie veneree e l'assistenza alla maternità.
>
> L'industria dell'AIDS è ormai un affare multimiliardario nel nostro Paese e costituisce, a mio giudizio, *la più grande minaccia alla salute della popolazione africana*[12].

Queste accorate parole di un coraggioso ministro africano ci sembrano la denuncia più efficace della vergognosa speculazione imbastita intorno all'AIDS dalle burocrazie sanitarie nazionali ed internazionali, dall'industria farmaceutica e da quella della «solidarietà».

Capitolo ottavo

LA QUINTA MISTIFICAZIONE: L'INCUBAZIONE A FISARMONICA

(ed altre meraviglie)

Tutte le malattie infettive, salvo rare e discutibili eccezioni, hanno un'incubazione breve, di pochi giorni o settimane, pienamente prevedibile. Anche in questo campo la storia dell'AIDS è a dir poco bizzarra. La sua incubazione mediana (cioè l'intervallo trascorso tra il momento dell'infezione e la comparsa della malattia nel 50% dei soggetti infetti) è stata inizialmente calcolata intorno ai 18 mesi, per aumentare poi di anno in anno, fino a raggiungere, nel 1992, i 10-14 anni! *Questa incubazione mediana, peraltro, riguarda solo gli adulti: per i bambini, essa è rimasta ferma intorno ai 2 anni!*

Analizzando poi questa incubazione di 12 anni, si scoprono *altre stranezze:* il calcolo che permette di determinarla prevede che venga operata una media tra le incubazioni di gruppi diversi, alcune delle quali sono di pochi anni, mentre *altre arriverebbero addirittura a 30-50 an-*

ni![1]. Questa enorme ed inesplicata variabilità dell'intervallo tra infezione e malattia conclamata rende legittima un'ipotesi estremamente fantasiosa, ma coerente con la teoria virale: cioè che l'HIV possa avere una certa «autonomia decisionale», magari una preferenza per un determinato gruppo rispetto ad un altro. Siamo davvero nel Paese dei Balocchi...

Insomma, dopo dodici anni di studi, resta il mistero su come il fantomatico virus riesca a provocare quel danno così grave e progressivo, in un tempo così lungo: non si sa «come», ma «si sa che lo fa in qualche modo». Così sostengono i suoi fautori, i quali continuano a sfornare ipotesi su ipotesi, senza badare al fatto che l'una possa essere in contrasto con l'altra. L'effetto ridicolo è quello di aumentare la confusione e parallelamente di attribuire al virus astuzie addirittura machiavelliche. Le sue risorse superano ormai quelle inesauribili di «Etabeta», il simpatico amico di Topolino che dai suoi minuscoli slip fa uscire qualsiasi attrezzo gli serva per grande che possa essere (da un chiodo a una pinza ad un armadio).

A questo «super-virus» viene attribuito di tutto.

Di volta in volta può essere furbissimo, tanto da sfuggire ad ogni tentativo di controllo da parte delle orde di cacciatori di virus, o, viceversa, completamente «scemo»[2]. Può dormicchiare innocuamente per anni ed anni, «forse per tutta la vita» nell'organismo di persone sane, che non sviluppano neppure gli anticorpi[3,4]. Può, alla bisogna, essere ferocissimo: «*Gli effetti del virus sono devastanti, incredibili, imprevedibili*[5]» e può danneggiarti «*come se ti investisse un camion*» (secondo una efficace espressione di Robert Gallo). Ma la presenza di persone sieropositive da molti anni, perfettamente sane, ha fatto supporre che l'HIV sia di molte varietà, di cui alcune perfettamente innocue (anche se indistinguibili dalle letali), come conseguenza di una strana evoluzione, in cui non sarebbe estraneo un certo senso morale e punitivo. Sentiamo cosa si scriveva nel 1993, senza il minimo senso del ridicolo:

> Alcuni ricercatori sostengono che l'HIV... può aver contagiato numerosi individui diversi decenni fa, ma in forma, diciamo così, benigna. Soltanto successivamente – in seguito alla crescita ed alla diffusione dei contatti umani – l'HIV è diventato il perfido ed astuto virus che oggi conosciamo. Adesso stiamo forse assistendo ad un'inversione di tendenza: in pratica l'esistenza dei «long term survivors» (i «malati» che stanno benone da 10 o 20 anni, nda.) ci induce a pensare che alcuni sottotipi del virus – dopo il maligno atteggiamento degli Anni Ottanta – stiano tornando a riacquistare un po' per volta le caratteristiche innocue di un tempo. *Poichè i rapporti sessuali non protetti e lo scambio di sangue infetto hanno finito per incattivire e diffondere alcuni sottotipi del virus, potrebbero essere stati il più largo uso di preservativi e le pratiche sessuali sicure ad aver condotto alcuni ceppi virali alla benignità* [sic!][6].

Come si spiega allora che pochissime prostitute si ammalino? Dopotutto sono promiscue per definizione. C'è una pronta risposta anche a questo: «Il virus viaggia più facilmente per i canali dell'amore che per quelli della depravazione» [sic!][7].

Il virus HIV è come un camaleonte, cambia continuamente, tanto che non esistono due isolati uguali, neanche nello stesso paziente[8]. Questo è il motivo per cui riesce – così dicono – a sfuggire a tutte le difese immunitarie. *Eppure il «test dell'AIDS» usato da 12 anni si avvale sempre degli stessi antigeni virali (brevettati, vedi caso, da Gallo & Co) che legano sempre lo stesso tipo di anticorpi.*

Quindi, mirabile a dirsi, per il test e solo per il test il virus non si è modificato.

Le eccezioni non sono finite: *la presenza di anticorpi specifici (arma efficace contro gli altri virus), in questo caso ha solamente un significato prognostico sfavorevole e certamente non è in grado di proteggere dall'AIDS. Tanto che ai sieropositivi viene subito consigliata una impegnativa cura «antiretrovirale».*

C'è un *però*: questa impostazione crea un problema di non poco conto. Se le cose stanno così, non varrebbe la pena di preparare dei vaccini, che *hanno senso solo se una immunità naturale esiste e non è appannaggio di rari soggetti.* Problema subito risolto: *quando si parla di vaccini, allora sì, gli anticorpi possono benissimo essere protettivi. Per i vaccini l'efficacia degli anticorpi naturali sviluppati dall'organismo vaccinato viene stranamente ammessa*[9]*!*

Come vedremo, alcune regole e caratteristiche generali vengono rispettate virtualmente senza eccezione in ogni infezione virale. A differenza degli altri virus, si vorrebbe che l'HIV le infrangesse *tutte, nessuna esclusa,* compresa la più logica ed elementare: il virus dovrebbe essere presente per «fare qualcosa», come può il virus causare un danno quando è assente? Forse «per procura»? Questa obiezione, considerata molto fastidiosa, dato che ci sono casi in cui non viene trovata la minima traccia dell'HIV, venne così affrontata da Montagnier nel 1992, con molta «eleganza»: «Forse, il virus ha colpito, ha messo in moto il meccanismo letale, e poi è scappato (*hit and run mechanism*)»[10].

Con virus normali, dopo che è avvenuta la penetrazione nell'organismo ospite, la dinamica di ogni infezione segue tre fasi principali: 1) l'incubazione; 2) la malattia; 3) la risoluzione (guarigione o decesso del paziente).

L'*incubazione* corrisponde al periodo di replicazione esponenziale del microrganismo. Durante l'incubazione non si hanno sintomi. La durata varia da alcuni giorni a pochi mesi, a seconda del tipo di virus e della sua virulenza. *Non esistono comunque incubazioni di durata superiore a qualche mese.* Gli anticorpi fanno la loro comparsa solo alla fine dell'incubazione.

I virus del morbillo, della varicella, della mononucleosi infettiva ecc. provocano le rispettive malattie dopo 10-20 giorni di incubazione. Poi essi sono eliminati o restano latenti (controllati dalla vigilanza immunitaria) per tutta la vita del soggetto.

Eventualmente, in alcuni casi, i virus possono «risvegliarsi» e provocare delle patologie solitamente minori. Il virus erpetico, familiare a molti, dopo un fase acuta, ed una di latenza, può riattivarsi e replicarsi localmente provocando la comparsa di vescicolette al labbro in seguito a stimoli e situazioni particolari.

Tornando ora al comportamento del «virus HIV», le solite «autorità competenti» sostengono che l'AIDS non si svilupperebbe mai nella prima fase dell'infezione, cioè *proprio quando, in assenza di ogni difesa organica, il virus avrebbe campo libero per infliggere tutte le devastazioni desiderate,* dato che il suo tempo di replicazione dichiarato è di 2-3 giorni circa. Esso non colpirebbe neppure al momento della comparsa degli anticorpi, ma solo dopo essere stato ridotto allo stato di latenza, per un misterioso e lentissimo processo della durata di *molti anni.* Insomma, l'HIV non è stato chiamato virus lento (lentivirus) senza motivo. Esso doveva, per di più, essere capace di assolvere il suo ruolo di killer mentre dormiva (mentre era allo stato di latenza). Una facoltà eccezionale, non c'è che dire. Ma, ancora più eccezionale è quello che gli è successo nel 1995: all'inizio dell'anno

due studi pubblicati sulla rivista *Nature* (12 gennaio 1995) hanno «dimostrato» che l'HIV si replica ad un ritmo straordinariamente rapido, un miliardo di virioni al giorno, per anni ed anni ed è capace di raggiungere concentrazioni di 100.000 particelle/ml di sangue (nei primi dieci anni della sua esistenza raggiungeva solitamente concentrazioni inferiori ad 1 virus/ml di sangue): da lento si è improvvisamente trasformato in virus velocissimo ed abbondantissimo.

Resta allora ancora più inspiegabile, alla luce di questa trasformazione improvvisa, come riesca a restare silente durante il lungo periodo dell'incubazione (nel quale l'organismo non può opporre alcuna difesa) o *come riesca a trasmettersi così difficilmente con i rapporti sessuali (una trasmissione ogni 1.000 rapporti non protetti,* hanno calcolato). A meno che non abbia in serbo altre trasformazioni.

Insomma, per spiegare l'incubazione «a fisarmonica», l'ottimo stato di salute della maggior parte dei sieropositivi e tanti altri misteri, gli esperti devono continuamente ipotizzare per il virus una serie di comportamenti così strani che lo rendono molto più somigliante alla Pantera Rosa che ai microrganismi suoi confratelli.

CAPITOLO NONO
LA SESTA MISTIFICAZIONE: L'«ALLARME PROSTITUTE»

Ogni peste deve avere i suoi bravi untori, come ci ha insegnato già 150 anni fa Alessandro Manzoni con la sua *Storia della Colonna Infame.* Ma, di solito, se l'untore è fittizio, la peste (almeno quella) è vera. Nel caso dell'AIDS, invece, anche la peste era (ed è) largamente inventata: e ciò sembra indicare nella psicosi dell'AIDS (come emerge del resto dall'analisi condotta nella parte quarta di questo libro) un fenomeno imparentato sia con i fantasmi della stregoneria e del senso di colpa che con quelli dell'angoscia di morte.

Ma vediamo come la figura dell'untore si è materializzata nel caso dell'AIDS. Alla radice del fenomeno stanno, ancora una volta, *i buoni uffici delle autorità sanitarie.* In Italia, come d'altronde in molti altri Paesi, la Campagna Preventiva contro l'AIDS, per la quale sono state stanziate somme da capogiro (decine e decine di miliardi con relative tan-

genti), proclama da sempre che «L'AIDS è trasmesso attraverso i rapporti sessuali, specialmente se promiscui».

Una volta impostato il problema così, ed una volta martellata questa «verità» nella testa di milioni di persone, *le prostitute non potevano non diventare le vittime designate* delle campagne propagandistiche dei tutori della nostra «salute» fisica e «morale». E, come diceva Amleto «c'è una logica in quella follia». Se l'AIDS si contrae attaverso i rapporti sessuali, e soprattutto attraverso quelli promiscui, le prostitute dovevano essere, appunto in quanto professionalmente dedite alla promiscuità sessuale, *soggetti estesamente contagiati ed intensamente contagiosi.* E difatti i nostri «esperti» si affannarono a indicare in loro una categoria ad alto rischio, suscitando reazioni persecutorie nella popolazione: le prostitute vennero minacciate e aggredite in varie città e, in pieno inverno, vennero scacciate dai bar o, se il gerente s'impietosiva, le loro bevande dovevano essere servite sempre in bicchieri di plastica monouso.

Sennonché, via via che passavano i mesi, s'è visto che il tasso di sieropositività era estremamente basso tra le prostitute[1]. Così, il nostro Consiglio Superiore di Sanità doveva riconoscere nel 1993 che i casi di prostitute con AIDS conclamata (a meno che non si trattasse di prostitute tossicodipendenti) erano complessivamente, nel nostro Paese, ben... sei! Sì, avete letto bene: in base ai dati divulgati dalle stesse autorità sanitarie, le prostitute non tossicodipendenti malate di AIDS erano in tutta Italia 6 (dicesi sei) su una «categoria professionale» valutata prudenzialmente (tra «full time» e «part time»)a 500.000 donne (cioè una percentuale molto inferiore allo 0,0001) e su un totale di malati adulti di AIDS calcolato, dalle stesse autorità, a 18.455, cioè una percentuale dello 0,03%[2].

Negli anni successivi la tendenza non è cambiata: al 31 marzo '95, su 27.043 casi di AIDS in adulti, solo 22 riguardavano prostitute non tossicodipendenti[3].

Alla luce di questo dato appare del tutto ingiustificata la posizione delle autorità sanitarie che hanno scatenato insensate persecuzioni contro una popolazione femminile già crudelmente taglieggiata da sfruttatori e poliziotti e un terrore ingiustificato tra i clienti di «quelle signore». Un povero camionista si uccise, a Verona, perché, sulla base delle «informazioni scientifiche» diffuse dalle autorità «competenti», s'era convinto d'aver contratto l'AIDS da una prostituta issata qualche giorno prima sul suo TIR. Né la psicosi riguardò solo l'Italia: il 18 giugno '87 il *Corriere della sera* informava che ad Amburgo, in Germania, un portuale aveva fatto irruzione in un bordello ove temeva d'aver contratto la «peste del 2000» ed aveva ucciso a revolverate alcune ragazze e la tenutaria, sparandosi poi un colpo alla testa.

Queste reazioni disperate e delittuose sono tanto più assurde in quanto non solo in Italia ma anche all'estero la diffusione dell'AIDS tra le prostitute, come s'è visto, è minima.

> Le prostitute – scriveva qualche anno fa Robert Root-Bernstein[4] – hanno spesso 200-300 partner sessuali all'anno e perciò dovrebbero avere un'esposizione all'HIV e all'AIDS molto, molto maggiore della maggior parte degli eterosessuali, sia maschi che femmine. Anzi, molti studiosi hanno ritenuto che esse sarebbero state un importante vettore dell'infezione. Infatti un drogato o un bisessuale infetti avrebbero potuto infettare una prostituta che, a sua volta, avrebbe potuto contagiare centinaia di maschi eterosessuali non dediti alla droga. Questi, a loro volta, avrebbero potuto infettare le loro partner sessuali e, quindi, anche tra la popolazione apparentemente esente da

rischio avrebbe potuto prodursi una diffusione esplosiva dell'HIV e dell'AIDS. *Viceversa, nessuna epidemia sessuale si è verificata* né è emerso alcun dato che autorizzi a ritenere che le prostitute trasmettano l'HIV o l'AIDS in nessun Paese dell'Occidente. Tutte le ricerche condotte in Gran Bretagna, Germania e Stati Uniti hanno concordemente concluso che l'acquisizione dell'HIV dalle prostitute è sempre e solo collegata all'uso di droga, mentre, simmetricamente, *in assenza di droga, l'acquisizione dell'*HIV *o dell'*AIDS *dalle prostitute è pressoché sconosciuta.*

I dati statistici disponibili sono impressionanti. Nella città di New York, per esempio, la sieropositività tra le passeggiatrici (una classe di prostitute molto bassa) può arrivare al 40-50% ma solo se c'è stato uso di droga nel corso del precedente decennio. E anche tra le ragazze «squillo» (un «giro» nettamente più elevato) la sieropositività è risultata del tutto assente tra quelle che non facevano uso di droga. Queste percentuali sono rimaste invariate nel periodo 1984-89. Dati analoghi sono stati rilevati a Siviglia (Spagna), nelle Filippine, in Olanda, Inghilterra, Svizzera, Francia, Austria, Grecia, Perù, Messico, Tunisia... [E, possiamo aggiungere, Italia; n.d.a.].

È importante notare che l'assenza quasi totale di sieropositività tra le prostitute non tossicodipendenti non è dovuta ad una loro [come molti «super-esperti» hanno dato a credere; n.d.a.] maggiore cautela e protezione nei rapporti sessuali.

Gli stessi studi hanno riscontrato infatti che *quelle stesse prostitute a tasso minimo di* AIDS *presentavano un alto tasso di infezioni sessuali classiche e ammettevano di usare molto di rado il preservativo* [...].

In questa sua relazione Root-Bernstein concludeva che *la prostituzione, di per se stessa, non comporta per la donna nessun particolare rischio di contrarre l'*HIV *o l'*AIDS e documentava altresì che tale rischio era assente anche

per i clienti sani che si accoppiano con prostitute drogate o sieropositive.

Insomma, contrariamente a quanto affermano le «Campagne di prevenzione o d'informazione», *non è vero che i rapporti eterosessuali, anche promiscui, comportino di per se stessi un maggior rischio di* AIDS.

Del resto, questa realtà è nota da tempo nel mondo degli specialisti, *anche se le autorità sanitarie hanno avuto cura di occultarla.* Già nella sua edizione del 1985, un noto testo americano di infettivologia[5] dichiarava:

> La maggioranza schiacciante delle donne malate di AIDS sono state tossicodipendenti. Sorprendentemente, inoltre, ben poche prostitute hanno sviluppato l'AIDS.

Capitolo decimo

LA SETTIMA MISTIFICAZIONE: LA «CATASTROFE AFRICANA»

Già nella parte prima (pp. 33 e seg.) di questo libro abbiamo citato ampi brani del «Rapporto Krynen», che attesta la totale infondatezza delle informazioni diffuse dalle autorità sanitarie e dai mezzi di comunicazione di massa sul tema dell'AIDS in Africa.

Qui ci sembra però doveroso documentare almeno sommariamente a quale livello di mistificazione terroristica si siano spinti certi «scienziati» e certi «illustri giornalisti».

Cominciamo con le dichiarazioni del dr. Michel Merson, direttore esecutivo del Programma Mondiale sull'AIDS dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)[1]:

> La diffusione dell'AIDS, soprattutto tra le donne, è molto più rapida di quanto si pensasse: vengono contagiate

nel mondo 2 donne al minuto. L'OMS ritiene (nel settembre 1993) che fino ad ora, il virus abbia contagiato 14.000.000 di persone, di cui meno di un quinto hanno sviluppato l'AIDS.

Anche se fossero bloccate le nuove infezioni, continua Merson, il numero totale di casi di AIDS si quadruplicherà entro la fine degli anni '90 e le donne ne saranno coinvolte *enormemente.*

Secondo Merson la diffusione del virus sta aumentando paurosamente anche nei bambini di cui, nel 1993, «già un milione si erano ammalati». Merson ha così esposto le ragioni dell'aumento di contagio tra le donne:

> Esse sono biologicamente più vulnerabili dell'uomo durante il rapporto sessuale perché il virus HIV si concentra più nel seme dell'uomo che nella vagina. Inoltre, in generale sposano uomini più anziani e con più esperienze sessuali, quindi più a rischio di aver contratto il virus.

Anche l'UNICEF ha pesanti responsabilità:

> Entro il 2000 – ha dichiarato il suo Consiglio Direttivo in un rapporto – circa 5.500.000 bambini al di sotto dei 15 anni resteranno orfani a causa dell'AIDS nella sola Africa Orientale e Centrale.

In tutta l'Africa, l'OMS dispone d'una rete di grandi uffici freschi e confortevoli il cui lavoro, negli ultimi anni, è stato sempre più dominato dalla cosiddetta «lotta contro l'AIDS». Questi uffici raccolgono e diffondono una valanga di dati «statistici» privi di serio fondamento scientifico. A sua volta il Servizio centrale dell'OMS per l'AIDS, a Ginevra, sulla base di questi dati ovviamente inaffidabili, ha pubblicato allarmi sempre più

apocalittici sulla catastrofe che incomberebbe sull'Africa e, di lì, sull'umanità intera. Il Servizio usa fornire le cifre dei casi registrati, ma le accompagna regolarmente con le *stime* che hanno il grosso vantaggio di poter essere gonfiate a piacere. Così, per esempio, gli «infetti» africani erano «stimati» attorno agli 8.000.000 nel 1993. Alla fine del 1995 erano diventati 11.310.200[2] e alla XI Conferenza Internazionale sull'AIDS, nel 1996, erano balzati a ben 19.200.000: 8.700.000 nuove infezioni in 7 mesi, una impennata di tutto rispetto ottenuta con un particolare metodo di calcolo chiamato «dati in libertà» (infatti, non possono essere controllati!), basato su ipotesi infondate circa la diffusione della sieropositività e dei suoi legami con l'AIDS.

Del resto, anche i dati sull'andamento passato dell'AIDS ricalcano lo stesso metodo. Per esempio, se i casi registrati dall'inizio dell'epidemia sono troppo pochi per un continente così vasto, (422.735), ecco che è sufficiente elevarli a 4.500.000 «stimati»[3], lasciando intendere che sono le «stime» i valori che più si avvicinano alla realtà!

Politici ed operatori sanitari hanno tutto l'interesse a classificare le persone come malati di AIDS per il semplice motivo che sono disponibili enormi fondi internazionali per chi si occupa di HIV ed AIDS. Per esempio il Governo Ugandese può affrontare una spesa sanitaria annuale a persona inferiore a 1 dollaro, con le sue sole risorse. Ma riceve annualmente dalle Organizzazioni straniere cifre enormi per lo studio e la prevenzione dell'AIDS: nel 1992 ebbe 6.000.000 di dollari (novemiliardicentoottantamilioni di lire), contro i 57.000 dollari (87.200.000 lire) destinati alla prevenzione e al trattamento della malaria, che, nell'Africa sub-sahariana, uccide 1.000.000 di persone l'anno[4].

Se poi si passa alle dichiarazioni dei dirigenti dell'*industria assistenziale,* le iperboli si sprecano:

Una catastrofe planetaria di inimmaginabili proporzioni – ha dichiarato Dixon Patrick, Direttore Medico dell'AIDS Care Education and Training (ACET) – L'AIDS è il più drammatico problema sanitario che l'umanità abbia mai dovuto affrontare.

Fortunatamente, però, soprattutto in Africa, sono ormai decine e decine gli esponenti del mondo sanitario e politico che hanno levato la loro voce contro la vergognosa mistificazione.

Abbiamo già citato più sopra le taglienti parole del dr. Timothy Stamps, ministro della Sanità dello Zimbawe, che accusa l'OMS e «l'industria assistenziale» di aver inventato un'immaginaria epidemia di AIDS in Africa distraendo così immense risorse (in termini di denaro, attenzione e personale medico) da problemi reali e gravi come la malaria, la tubercolosi, le malattie veneree e l'assistenza materna.

Ma Stamps non è di certo solo. Anche la prof.ssa Nkandu Lou, direttore dell'Istituto di Patologia e Microbiologia dell'Ospedale Universitario da Lusaka (Zambia), afferma che:

La diagnosi di AIDS viene fatta spesso *sulla base dei soli sintomi,* dato che i test dell'AIDS sono costosi. Ma come è noto, *una quantità di malattie molto diffuse in Africa producono sintomi identici a quelli della cosiddetta AIDS africana.* Inoltre anche là dove i test vengono fatti, i risultati sono *molto inaffidabili poiché varie infezioni e parassitosi possono produrre la sieropositività.*

Purtroppo – continua la dr.ssa Lou – l'OMS ha adottato acriticamente l'assunto medico occidentale secondo cui sieropositività e malattia si equivalgono. È nel quadro di quel modello che, in Occidente, tanti sforzi sono stati investiti nella ricerca problematica d'un vaccino e che,

in Africa, tanti medici arrivano a raccomandare alle madri sieropositive di non nutrire i figli al seno od a consigliare ai sieropositivi di «tornarsene al villaggio a morire». Come ha detto il dr. Stamps, l'industria dell'AIDS è ormai un affare multimiliardario in diversi Paesi africani e costituisce, quindi, la più grave minaccia alla salute delle nostre popolazioni.

Ci sono oggi – ha dichiarato il dr. James Makunbi, ministro della Sanità dell'Uganda, più di 700 organizzazioni non governative che operano nel campo dell'AIDS nella sola Uganda. Solo una minoranza di esse sta facendo un buon lavoro.

Ma la battuta più sferzante è forse quella del ministro della Sanità del Yoruba, Chief Osolo, che ha tradotto le iniziali di AIDS con «American Invention to Discorage Sex» (Invenzione Americana per Scoraggiare l'Attività Sessuale).

CAPITOLO UNDICESIMO

L'OTTAVA MISTIFICAZIONE: IL VACCINO IMPOSSIBILE

Circa 200 anni fa il medico inglese Edward Jenner scoprì che era possibile proteggere l'organismo umano dal vaiolo inoculando in esso la linfa ottenuta dalle pustole di un'analoga ma più mite forma di vaiolo riscontrabile nei bovini. Era nato così il primo vaccino. In base allo stesso principio sono stati realizzati, nei due secoli successivi, numerosi altri vaccini che riescono a prevenire altrettante malattie inducendo nell'organismo umano anticorpi protettivi contro i vari agenti patogeni.

Così nel 1984, quando annunciò che aveva «scoperto» il virus responsabile dell'AIDS, Gallo, disinvolto come sempre, non esitò a predire anche che, *entro un paio d'anni*, sarebbe stato disponibile un vaccino appropriato ed efficace, col quale la nuova «peste» sarebbe stata debellata. Sennonché, *dopo quasi tredici anni*, nonostante i numerosi annunci d'una sua imminente disponibilità, il

vaccino efficace non è stato ancora trovato sebbene e non siano mancati di certo i mezzi finanziari e tecnici.

Per giustificare questo insuccesso, si sostiene che l'ostacolo è rappresentato dalla enorme mutabilità del virus, *sorvolando sul fatto che il test dell'AIDS viene regolarmente utilizzato ancora oggi, pur essendo preparato sempre con le stesse proteine brevettate nel 1984.*

Ma gli illustri scienziati dell'*establishment* non hanno finora risolto vari altri paradossi creati dalla loro prediletta teoria virale:

1. Da un lato essi sostengono che gli anticorpi naturali non servono a proteggere dall'AIDS (tanto che sono considerati la «prova» di infezione da HIV attiva e progressiva), dall'altro essi cercano, col vaccino, di produrre anticorpi dello stesso tipo, ritenuti appunto inutili. Per inciso, ricordiamo che in ogni altro caso di malattia virale, la immunità naturale è sempre migliore, in quanto a protezione, di quella indotta con vaccino.

2. Secondo una delle recenti teorie ufficiali (quella dell'*apoptosi*, sostenuta anche da Luc Montagnier) a provocare la morte delle cellule sane aggredite dal virus sarebbero le stesse proteine virali[1]: proprio quelle, per intenderci, che vengono iniettate con i vaccini per produrre gli anticorpi «giusti». A questo punto, a provocare l'AIDS potrebbero agevolmente essere gli stessi vaccini tanto affannosamente cercati... Ma questo problema viene tranquillamente sorvolato dall'*establishment* (forse per non perdere i relativi, cospicui finanziamenti). Nessuna sperimentazione è stata sospesa: anzi, ne vengono continuamente avviate di nuove.

3. Il vaccino, oltre che su cavie umane, è stato ed è studiato anche su scimpanzé ed altre scimmie. Ma queste sperimentazioni non potranno mai «dimostrare» un bel niente, dato che questi animali non si ammalano di AIDS né col virus dell'AIDS umano né con quello delle scimmie[2].

4. Gli «esperti» dell'AIDS stanno sperimentando da anni vari «vaccini» (cioè presidi *preventivi* per definizione) con finalità *terapeutiche.* Si tratta di un atteggiamento evidentemente irrazionale *in quanto si vuole stimolare la formazione di anticorpi in un organismo che li ha già. Le sperimentazioni di questo tipo effettuate in passato per altre infezioni virali hanno regolarmente portato al fallimento*[3].

5. Ma il colmo dell'assurdo si tocca con la somministrazione simultanea del «vaccino» e dell'AZT. In un soggetto già immunodepresso, si cerca dunque di stimolare col «vaccino» la proliferazione delle cellule B (quelle produttrici di anticorpi contro le proteine virali) e, al tempo stesso, si danneggiano o uccidono queste cellule coll'AZT. Queste sono procedure degne del Dottor Mabuse...

6. Su questa catasta di paradossi e follie si abbatte *la sistematica confutazione* della scienziata australiana Eleni Eleopoulos che ha dimostrato (senza che nessuno osasse contestare le sue conclusioni) come gli «anticorpi dell'HIV», sia naturali che artificiali, non siano affatto specifici di questo virus e *non dimostrino affatto, quindi, un'infezione presente o passata da HIV*[4]. Prova ne sia che una buona risposta anticorpale contro l'HIV fu ottenuta in alcuni topi e scimmie... senza vaccino. In questi studi, animali di controllo vennero iniettati con componenti cellulari da colture *non infette con l'HIV*: i risultati furono simili a quelli ottenuti con il «vaccino» vero e proprio[5].

7. Per finire, una bella notizia dal manicomio dell'*establishment:* un «vaccino» molto efficace già ci sarebbe. I risultati sono stati pubblicati nel 1991, ma poi non se n'è più parlato e più avanti vedremo perché (v. pp. 104-105).

Il padre del vaccino antipolio adottato anche in Italia, Albert Sabin, ha ripetutamente deplorato le immense energie e risorse dirottate su una malattia marginale come l'AIDS con grave danno per i pazienti di altre, ben più diffuse malattie[6].

Ma le sue riserve sono state anche di natura più specialistica. Così si espresse in un suo intervento pubblicato nel 1993[7]:

> Non c'è nessuna evidenza scientifica che alcuno dei vaccini sperimentali contro il SIV o l'HIV (alcuni dei quali sono programmati per l'uso su larga scala negli studi umani) [...]. Secondo il mio giudizio sarebbe disastroso continuare lo studio dei vaccini per l'HIV e il SIV (il virus dell'immunodeficienza della scimmia) con metodi inadeguati e portare avanti su larga scala test senza sufficiente evidenza che possano proteggere verso l'infezione naturale.

Il suo antagonista e padre dell'antipolio con virus ucciso, Jonas Salk, non si è fatto invece molti scrupoli. In un lavoro pubblicato nel 1987[8], ha proposto l'intervento vaccinale per l'AIDS durante la lunga fase dell'incubazione, ricordando che nelle altre malattie virali (come l'influenza, la poliomielite, la rabbia o l'epatite B) il vaccino risulta efficace nel prevenire la malattia solo se viene somministrato *prima dell'esposizione all'infezione o almeno durante l'incubazione.* Tuttavia l'analogia tra le due situazioni può esserci solo per un profano, poiché a differenza di quanto avviene per gli interventi vaccinali utilizzati in altre malattie in incubazione, nel caso dell'AIDS tale intervento avverrebbe su un organismo che ha già sviluppato gli anticorpi. La sua proposta era perciò quanto mai irrazionale.

Ad ogni modo Salk tentò i suoi esperimenti vaccinali «terapeutici» su 160 sieropositivi ai primi stadi del male, ma senza ottenere alcun successo[9]. Né altri fecero meglio[10].

I continui insuccessi e la totale illogicità dell'impresa non hanno fermato, peraltro, le quadrate e finanziatissime legioni dei ricercatori, che programmano e conducono le loro sperimentazioni a getto continuo. Anche l'Italia, grazie allo zelo dei nostri «esperti», ha dato il suo contributo a questa *corsa verso l'assurdo.*

Il 16 maggio '93 il *Corriere della sera* titolava «AIDS: via al vaccino sperimentale» e nel relativo articolo annunciava:

> Dopo test compiuti su alcuni pazienti negli Stati Uniti, il programma di sperimentazione del nuovo vaccino prevede verifiche su 500 malati in Europa. «È incoraggiante – ha dichiarato Aiuti – che il ministro della Sanità abbia concesso l'autorizzazione in tempi brevissimi: solo 15 giorni. *Il vaccino sarà sperimentato in combinazione coll'AZT»* [Corsivo aggiunto: come si vede i nostri esperti non hanno esitato a toccare «il colmo dell'assurdo» segnalato al punto 5].

Ma il nostro Aiuti è stato ampiamente superato da altri «maestri» della lotta contro l'AIDS. «Il Medico d'Italia» del 20 marzo '91 ha rivelato che in Francia era stata aperta un'inchiesta contro il francese Daniel Zagury e l'onnipresente Robert Gallo per una serie di irregolarità commesse dai due scienziati nella sperimentazione d'un presunto vaccino e rilevate dall'Istituto Nazionale di Sanità degli Stati Uniti.

Tra le accuse figurano quelle *d'aver sperimentato su bambini dello Zaire un vaccino destinato ad esperimenti su scimmie.* Un'altra sperimentazione non autorizzata

era stata condotta su dieci volontari dello Zaire.

Ma Zagury si è distinto, sempre in collaborazione con Robert Gallo, per «prodezze» ben peggiori. Due pazienti da loro trattati con vaccino sperimentale *sono morti per complicanze legate, con ogni probabilità, alle sperimentazioni*. Un dermatologo francese, Jean Claude Guillon, aveva rilevato e fotografato strane lesioni necrotiche sulla pelle di un paziente successivamente deceduto. Il mistero s'era infittito quando un collega gli aveva rivelato d'aver osservato, pochi mesi prima, un caso identico, anch'esso fatale.

Tutto si chiarì quando Guillon s'imbatté in una copia della rivista medica *The Lancet* che descriveva l'esperimento di Zagury, consistente nell'inoculare, come vettore delle proteine del virus dell'AIDS, un virus vaccinico «inattivato». Guillon capì subito che le lesioni dei due pazienti «sperimentali» erano tipiche della *vaccinia gangrenosa* provocata negli immunodepressi da virus antivaioloso *ancora vivo* (!)

E i risultati degli esami istologici dimostrarono l'esistenza di virus vaccinico nelle cellule epiteliali dei pazienti, confermando i peggiori sospetti[11] sul conto dei due «pionieri» della ricerca anti-AIDS.

Questo capolavoro di Zagury e Gallo è stato coronato anche dalla frode: nel rapporto sul brillante esperimento pubblicato nel luglio '90, si era affermato che, mentre un decesso e 6 infezioni opportunistiche erano stati registrati nel gruppo di controllo, «nessuna complicazione era stata osservata tra i pazienti vaccinati»[12]: dei due decessi, neanche una parola.

Questi casi, emersi fortuitamente, se uniti alla notoria mancanza di scrupoli etici dei due ricercatori, gettano un'ombra sinistra sul mondo dell'*establishment* e delle sue procedure di ricerca.

Delle innumerevoli sperimentazioni finora tentate, *una sola ha avuto esito pienamente positivo ma, stranamente, essa è stata rapidamente archiviata e «dimenticata»*.

A 11 malati *quasi terminali* di AIDS, alcuni ricercatori iniettarono una piccola quantità di sangue di un sieropositivo che stava benissimo da oltre 8 anni *e sospesero simultaneamente tutte le «terapie», compresa l'AZT*.

Nel giro di pochi mesi 10 degli 11 pazienti *migliorarono vistosamente* le loro condizioni cliniche e riacquistarono parzialmente le reazioni immunitarie perdute. È difficile sottrarsi alla conclusione che quella sperimentazione davvero riuscita e incoraggiante sia stata così frettolosamente sospesa proprio perché *troppi interessi si opponevano a una procedura che associava la guarigione o il miglioramento dei pazienti all'interruzione delle «provvide terapie» dei nostri super-esperti*[13]. *Inoltre qualcuno poteva sospettare che il «virus» non fosse tanto letale.*

Forse grandi campagne vaccinali verranno fatte nel Sud-Est asiatico ed in altri Paesi del Terzo Mondo, a spese delle grande organizzazioni internazionali, cioè dei contribuenti occidentali[14] Secondo Gallo ed i suoi discepoli, infatti, la risposta giusta alle tante perplessità «può essere solo una: una gran quantità di esperimenti sul campo (vaccine trials)»[15]! È così semplice: proviamoli sulle cavie umane e stiamo a vedere cosa succede!

Capitolo dodicesimo

LA NONA MISTIFICAZIONE: LA «TERAPIA» CON AZT

Solo risalendo all'inizio del secolo, cioè ai tempi in cui venivano venduti preparati tossici senza alcun controllo effettivo da parte delle autorità sanitarie, è possibile trovare una terapia irrazionale, inefficace e pericolosa come quella con AZT (o Zidovudina) oggi praticata ai malati di AIDS.

Per il controllo dei farmaci, esiste negli Stati Uniti la Food and Drug Administration (FDA) che *teoricamente* sottopone a controlli rigorosissimi di innocuità ed efficacia ogni farmaco prima della sua immissione sul mercato americano e, di riflesso, su quello mondiale. L'FDA invece, in pratica, opera spesso in collusione con le industrie farmaceutiche[1]. L'AZT è un esempio di questa vergognosa collusione. Questo «farmaco» non ha seguito le procedure normali per la sua approvazione, ma una specie di rito abbreviato o corsia preferenziale

(della durata di 18 mesi anziché dei regolamentari 5-12 anni) riservata a farmaci ritenuti utili in condizioni di grave pericolo per la vita, quando altri medicamenti non siano a disposizione.

Molti studi pre-clinici, quindi, non sono stati effettuati, mentre quelli disponibili indicavano già una preoccupante pericolosità del farmaco. Inoltre, il primo e più importante studio clinico, quello che ne ha permesso l'approvazione, *fu finanziato dalla stessa casa farmaceutica che produceva il farmaco ed il direttore della ricerca era addirittura un dipendente della ditta in questione* (la Wellcome)[2]. Basterebbe questa procedura per squalificare l'affidabilità dei controlli. Ma, ciò nonostante, sulla base di essa le autorità sanitarie di altri 35 Paesi (tra cui il nostro) si affrettarono ad approvare l'AZT nel giro di pochi mesi, senza effettuare altri studi indipendenti[3].

Ma vediamo ora brevemente la storia di questo farmaco.

L'AZT venne sintetizzato nel 1964 come farmaco antitumorale. Esso rimase inutilizzato per 20 anni, poiché si constatò che *i topi leucemici trattati morivano in numero maggiore di quelli non trattati:* in questo campo si era quindi dimostrato peggio che inutile.

Il suo meccanismo d'azione è semplice e consiste nel bloccare la sintesi del DNA (e, quindi, la replicazione) delle cellule, siano esse sane, neoplastiche o batteriche.

Esso agisce dunque *anche contro le cellule sane* in replicazione, in particolare quelle della mucosa intestinale, della pelle e del midollo osseo, le quali hanno un ricambio veloce. I danni inflitti dall'azione del farmaco sulle cellule sono di tre tipi:

1. un danno che viene riparato correttamente;
2. un danno irreversibile con morte della cellula colpita;
3. un danno che approda ad una trasformazione tumorale della cellula. (L'AZT, come altri farmaci antitumorali, è mutageno: *ci sono quindi buone ragioni per attribuire parte dei tumori dei malati di AIDS a questa cura.*)

L'AZT venne riesumato nel 1984 e proposto come terapia di base dell'AIDS perché si «scoprì» una sua affinità da 100 a 1.000 volte maggiore con un enzima peculiare dell'HIV (la transcriptasi inversa) rispetto ai corrispondenti cellulari[4]. Questa supposta maggiore affinità doveva renderlo un farmaco ideale. In verità alcuni lavori successivi hanno dimostrato che la tossicità per i linfociti *in vitro* è presente alle concentrazioni «terapeutiche», falsificando così le precedenti conclusioni[5]. Inoltre, l'attività transcriptasica inversa viene espletata da enzimi cellulari[6] e quindi non è peculiare dell'HIV. In più l'attività transcriptasica viene rivelata solo in *linfociti stimolati* in coltura e non in quelli non stimolati, dunque non *in vivo. In altre parole, nei pazienti «sieropositivi» il bersaglio desiderato semplicemente non c'è.* Rimangono, a far da bersaglio, le cellule normali ed i loro enzimi.

Molto evidenti e potenti sono gli effetti indesiderati del farmaco (parlare di effetti secondari sarebbe improprio, poiché quelli primari, quelli desiderati, non ci sono affatto).

Alle dosi considerate terapeutiche dal 1987 al 1990 (1200-1500 ml al giorno), il farmaco risultava talmente tossico da essere raramente tollerato per più di poche settimane. Per poterlo somministrare ancora, riducendone la tossicità più acuta, sono stati abbassati i dosaggi ad 1/3 circa. Contemporaneamente, si sono allargate le indicazioni comprendendo in esse non solo i malati di AIDS conclamata ma anche i sieropositivi asintomatici o con pochi sintomi. Si è così ottenuta una maggiore accettazione e applicazione del farmaco con enormi vantaggi di mercato.

Un altro vantaggio per la ditta produttrice è stato che la tossicità cronica dei bassi dosaggi, essendo più subdola e lenta a svilupparsi, ha potuto essere *più agevolmente attribuita alle arti malefiche del virus.*

I tremendi effetti collaterali della terapia con AZT sono descritti nello stesso protocollo nazionale italiano per le terapie antiretrovirali[7]: grave anemizzazione, riduzione dei globuli bianchi e degli stessi linfociti, disturbi gastrointestinali, perdita di peso, danni neurologici e muscolari ecc. Si tratti di effetti così marcati che molti soggetti sani non riescono a sopportarli neanche per poco tempo e preferiscono piuttosto rinunciare alla «profilassi» (terapia eseguita in seguito a «contaminazione» accidentale) caldamente raccomandata dagli «esperti»[8].

Quelli che abbiamo citato non sono effetti limitati a pochi casi. Gli effetti tossici dell'AZT e la loro frequenza sono così elencati nell'*Informatore Farmaceutico* americano[9]:

> Effetti collaterali che si manifestano nel 10-47% dei pazienti trattati: forte rarefazione dei granulociti, grave anemia (che nel 30% e più dei pazienti esige trasfusioni e sospensione della terapia per evitare il decesso); meno frequentemente: forte cefalea, nausea, insonnia, dolori muscolari, febbre, brividi, perdita dell'acutezza mentale, stati confusionali o depressivi, convulsioni, sincope, sordità, tosse, acne, prurito, ecc.

Altre due possibili conseguenze sono: una riduzione del numero delle piastrine e dei linfociti. In altre parole, *la piastrinopenia e la linfopenia sono considerate una indicazione per il trattamento con AZT e al tempo stesso, un suo effetto probabile!*

È da tener presente anche un *probabile effetto cancerogeno* dell'AZT, per quattro ragioni fondamentali:

a) per il suo meccanismo d'azione, che è compatibile con esso;

b) perché provoca alterazioni dei cromosomi in colture di linfociti, esattamente come il potente carcinogeno di controllo (il metil-clorantrene)[10];

c) perché provoca il cancro negli animali di laboratorio[11];

d) perché l'incidenza di linfomi in soggetti con AIDS trattati con esso è aumentata enormemente[12,13].

In uno studio di alcuni ricercatori del NCI (Istituto Nazionale del Cancro statunitense), *su pazienti in terapia con AZT da lungo tempo[14], il linfoma si sviluppò nel 14,5% di loro durante il periodo d'osservazione, con proiezioni statistiche del 46% con tre anni di terapia.*

Prima che la «cura» fosse a disposizione, l'incidenza totale di linfoma in soggetti con AIDS era il 3% circa, dopo 10 anni di sieropositività[15]. Dato che il «virus» e la sindrome sono sempre gli stessi, dato che i linfomi, come la maggior parte degli altri tumori, *sono indipendenti dalla immunodeficienza* (tranne per quella indotta da farmaci immunosoppressivi che sono anche cancerogeni)[16], *l'ipotesi più semplice e diretta è proprio quella di attribuire la differenza all'unico fattore importante modificato, cioè all'AZT, somministrato indefinitamente.*

Anche altri Autori di regime condividevano queste perplessità. Yarchoan così scriveva nel 1989:

> Data la precocità di molti interventi terapeutici con l'AZT, l'ipotesi che il farmaco possa essere cancerogeno o mutageno è fonte di seria preoccupazione. Del resto, i suoi effetti a lungo termine sono a tutt'oggi sconosciuti[17].

In un rapporto del 1991 pubblicato dai Centri americani per il controllo epidemiologico (CDC)[18], si legge

che l'aumento può essere ancora superiore a quello indicato nelle statistiche, poiché queste indicano solo *la prima malattia* dei singoli casi di AIDS, non i linfomi che si sviluppino in seguito:

> In uno studio microscopico sui decessi correlati all'HIV – scrive il rapporto – *furono diagnosticati linfomi nel 20% di 101 soggetti:* in alcuni di questi soggetti il linfoma non era neppure stato sospettato prima della morte.

Di fronte a tale evidenza la difesa dei sostenitori della terapia è che l'aumento dei linfomi è semplicemente un effetto «paradosso» dovuto ovviamente all'azione dell'HIV, che si manifesterebbe grazie al «prolungamento della vita» ottenuto con l'AZT [sic!][19].

Ma perché dunque questo farmaco così tossico, cancerogeno e privo di effetti benefici continua ad essere somministrato?

La risposta della scienza ufficiale è che esso, oltre a «bloccare la replicazione virale», «rallenta la progressione ad AIDS» e «riduce la mortalità», «come dimostrato da innumerevoli studi clinici» (i cosiddetti *trials*).

Ma se andiamo a verificare le procedure di questi studi clinici constatiamo immancabilmente che, quando hanno dato risultati favorevoli al farmaco, *sono stati condotti in modo molto scorretto.* A una simile conclusione arriva anche il prof. Silvio Garattini (direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri» e membro del CUF, Commissione Unica Farmaco): in una rassegna degli studi pubblicati fino al 1993, ha riscontrato che *non c'è mai stata nessuna dimostrazione scientificamente corretta dell'efficacia di questo farmaco sia in pazienti sintomatici che asintomatici*[20].

Emblematico di questo modo di «fare scienza» è il caso dello studio clinico comparso sul *New England Journal of Medicine* nel luglio 1987[21], già citato, in base al quale l'AZT ha ottenuto l'approvazione delle autorità sanitarie americane e poi, a catena, in altri 35 Paesi del mondo, tra cui l'Italia. Lo studio è stato accuratamente esaminato da uno dei più qualificati giornalisti scientifici degli Stati Uniti, John Lauritsen[22], che ha riscontrato in esso gravissime irregolarità, tra cui: modificazioni dei protocolli e dei questionari durante lo studio; uso di medicinali non consentiti; mancata segnalazione di molti effetti collaterali; registrazione di periodi di osservazione più lunghi di quelli effettivi; inclusione nel gruppo placebo di almeno un paziente in terapia con AZT prima e durante lo studio (!). Paziente che morì e fu registrato nei decessi del gruppo placebo; scambio di somministrazioni (placebo e AZT) tra i due gruppi; precoce vanificazione del «doppio cieco» nell'esperimento.

L'aspetto più stupefacente dello studio è dato dalla possibilità di smontarne le conclusioni anche «facendo finta» che i dati forniti siano veri. Infatti, alcuni pazienti dovettero essere ripetutamente trasfusi (e contemporaneamente *sospendere la terapia*) per poter restare in vita. Poiché senza queste trasfusioni multiple di sangue sarebbero morti 5 pazienti nel gruppo placebo e 30 in quello AZT, il calcolo va così rifatto: mortalità nel gruppo placebo 19+5=24, mortalità nel gruppo AZT 1+30=31. *Meglio dunque il placebo.*

Ma la irregolarità più scandalosa sta nella sospensione precoce dello studio clinico, appena le varie manipolazioni procedurali ebbero prodotto una apparente, forte «dimostrazione» dell'efficacia del farmaco: se le osservazioni fossero state prolungate come previsto si sarebbe constatato che tale efficacia risultava vanificata. E difatti, in una nota in calce allo stesso studio si precisa con inconsapevole ironia che, dopo 52 settimane, la

mortalità dei trattati era salita al 10,3% nel gruppo iniziale che assumeva AZT ed al 32% dopo 18 mesi[23].

Insomma, l'AZT è stato approvato in tutto il mondo in base ai risultati di uno studio condotto scorrettamente, anzi di uno studio che Lauritsen ha testualmente definito «uno studio fraudolento, privo di qualsiasi valore dimostrativo»[24].

Un altro «pilastro» dei fautori dell'AZT è lo studio clinico detto «di sopravvivenza»[25]. Ma si tratta ancora una volta di una ricerca che è stata condotta *nel modo più scorretto,* i cui risultati sono stati oggetto di assurde manipolazioni statistiche, e che, ciò nonostante, ha ottenuto rilievo e credito su riviste prestigiose.

È qui impossibile addentrarci nei dettagli delle scorrettezze procedurali (che restano tuttavia pienamente disponibili per qualsiasi specialista interessato, presso l'Alleanza contro la Disinformazione sull'AIDS, ACDA). Basterà qui sottolineare che, per valutare gli effetti dell'AZT, i calcoli sono stati condotti *come se* tutti i pazienti avessero continuato la terapia per tutto il periodo di osservazione, senza riguardo alcuno all'effettiva durata della terapia ed ammettendo anzi che alcuni pazienti non avessero assunto il farmaco per lunghi periodi. Insomma, *lo «studio clinico» pretende di studiare l'effetto di un farmaco senza neppur sapere se esso sia stato effettivamente assunto* e dopo aver, letteralmente «perso per strada» quasi 1/4 dei pazienti inizialmente arruolati (1.120 su 4.805). Pazienti di cui non si seppe più nulla (se erano morti o erano vivi, se si curavano o no) ma che furono ugualmente conteggiati nelle elaborazioni statistiche!

Vogliamo infine accennare ad un terzo «studio clinico», quello di Volberding[26] del 1990, perché in base ad esso venne approvata la prescrizione dell'AZT anche per i

soggetti asintomatici (cioè sani). Anche in questo studio la «mortalità rilevata» risulta maggiore nel gruppo placebo rispetto ai gruppi trattati con vari dosaggi di AZT.

> Tuttavia – commenta Duesberg – il prezzo pagato per questo minor numero di casi di AIDS con l'AZT, rispetto al placebo, è davvero alto, poiché 19 casi di anemia grave, di neutropenia e forte nausea, potenzialmente fatali, sono apparsi nel gruppo trattato con 500 mg di AZT e 72 casi simili *(comprese 29 gravissime anemie che richiesero trasfusioni multiple)* si manifestarono nel gruppo trattato con 1.500 mg di AZT: se queste complicazioni AZT-specifiche fossero state incluse nei calcoli dei benefici dell'AZT, il gruppo dei 500 mg non risulterebbe affatto avvantaggiato ed il gruppo dei 1500 mg triplicherebbe il suo rischio di malattia.

Soprattutto, il valore di questo studio è compromesso dalla perdita, per diverse ragioni, di quasi la metà dei pazienti osservati (676 su 1.338!). Ciò nondimeno la percentuale dei pazienti che manifestarono gravi effetti collaterali è stata calcolata sul totale col risultato di abbassarla fortemente e illegittimamente.

Nel 1994, lo stesso studio venne riesaminato da alcuni ricercatori, tra i quali anche colui che lo aveva diretto (P. Volberding)[27]. Tale revisione ha letteralmente capovolto il risultato vantato quattro anni prima, *con l'ammissione sommessa ma esplicita che il gruppo placebo aveva ottenuto i maggiori benefici:* cioè quanto P.H. Duesberg[28] ed altri[29] avevano già allora puntualmente osservato.

In altre parole, per 4 anni i sieropositivi asintomatici sono stati trattati con loro grave danno per ragioni che implicano evidenti e pesanti responsabilità.

Naturalmente la cura precoce è continuata anche in seguito, senza remore.

Infine, va sottolineato che gli studi più seri e corretti dal punto di vista metodologico e fondati su un maggior numero di pazienti osservati più a lungo hanno dato risultati nettamente sfavorevoli al farmaco[30].

Il colpo finale all'efficacia dell'AZT è stato comunque inferto dal cosiddetto «Concorde Trial», uno studio anglo-francese a doppio cieco, controllato con placebo, randomizzato e multicentrico, il più grande per numero di pazienti e per durata[31].

Il Concorde fu iniziato nel 1988 con lo scopo di verificare se i sieropositivi asintomatici potessero beneficiare di un trattamento precoce con AZT: *dopo tre anni il risultato è stato chiaramente negativo.* Non si è verificato nessun beneficio tra i pazienti trattati, ma, anzi, *si è constatato un numero maggiore di decessi.* Alcuni dati preliminari dello studio sono stati pubblicati con pochissima evidenza nella primavera del '93[32] e i risultati definitivi appena nell'aprile 1994 – ancora in modo incompleto[33], nonostante fossero noti ai responsabili dello studio già nel 1992. *E ancora una volta, non vi è stata alcuna ripercussione sul comportamento delle autorità sanitarie.*

Al contrario, con un colpo da judoka, i fautori della terapia con AZT e simili hanno trasformato lo svantaggio evidente in vittoria totale. Ecco come: dopo aver considerato che i risultati erano dopotutto «discordanti», hanno provveduto ad avviare numerosissimi altri studi, in modo da coinvolgere il numero più grande possibile di sieropositivi; *hanno abolito il gruppo di controllo con placebo (l'unico indispensabile per valutare l'efficacia di un farmaco e quindi il più «scomodo»), sostituendolo al massimo con controlli storici, che in questo caso sono un nonsenso*[34]; hanno preparato protocolli in cui l'efficacia di nuovi farmaci veniva paragonata all'efficacia dell'AZT; hanno introdotto le più disparate combinazioni di farmaci e di dosaggi.

In questo delirio «terapeutico» non sono stati trascurati neanche i bambini ed i feti, maggiormente esposti all'effetto nocivo dell'AZT, poiché tutte le loro cellule sono in rapida replicazione (anche quelle del cervello, prima della nascita). L'AZT viene usato in gravidanza nel tentativo dichiarato di «diminuire il passaggio del virus da madre sieropositiva a feto». Tuttavia, se si tiene presente che:

a) il significato della sieropositività è ben diverso dal creduto;

b) i bambini sieropositivi possono essere sani;

c) gran parte dei nati da madre sieropositiva diventano poi sieronegativi comunque e senza terapia, è ancor meno razionale trattare anche loro con farmaco «terminatore della catena di DNA»!

Gli effetti sono stati disastrosi[35]. Non ci sono giustificazioni, non ci sono scuse, se si pensa che fino a qualche anno fa alle donne incinte si dava mal volentieri anche un'aspirina!

La «copertura terapeutica» ottenuta con questa politica è così pressoché completa, con vantaggi multipli per le case farmaceutiche, per gli autori degli studi (in termini di prestigio, di pubblicazioni e altro ancora[36]) e per le «autorità responsabili» che possono ostentare d'aver posto i rispettivi Paesi «all'avanguardia» nella ricerca AIDS[37].

La Wellcome ha venduto 0,9 tonnellate di AZT nel 1987, ed è passata a 44,7 tonnellate nel 1992. Nel 1993 i pazienti trattati (nel mondo) si aggiravano attorno ai 200.000 (AZT e farmaci analoghi).

Il costo dell'AZT per malato è di circa 450.000 lire al mese (prezzo ufficiale, non scontato), 5.400.000 all'anno (senza contare i costi per trasfusioni e farmaci resi necessari dagli effetti tossici). In Italia, il tutto è a carico dei contribuenti.

Il profitto lordo per la Wellcome per la vendita dell'AZT era nel 1993 di 586 miliardi di lire all'anno, ma l'obiettivo (della ditta) era di arrivare a 4.700 miliardi all'anno[38].

Da questa situazione, per l'ennesimo paradosso, trae vantaggio anche l'immagine pubblica: le Autorità sanitarie e le associazioni benefiche sostengono con finanziamenti adeguati la ricerca degli scienziati i quali, a loro volta, dimostrano un impegno febbrile nel trovare nuove soluzioni al gravissimo problema (creato in larga misura da loro stessi).

Abbiamo parlato più estesamente dell'AZT, perché gli altri farmaci utilizzati non sono molto diversi e la loro «efficacia» si regge su quella dell'AZT (che resta il farmaco di paragone). È opportuno spendere ancora qualche parola per capire a che cosa si siano ridotti i controlli della decantata FDA.

David Kessler, direttore dal 1991 dell'FDA americana (Food and Drug Administration), deve risolvere un problema: in campo farmaceutico si è accumulato un discreto numero di richieste di approvazione di nuovi medicinali contro l'AIDS.

> Nel 1990 – scrive – occorrevano quasi tre anni per completare una pratica di approvazione, ma quest'anno (1992) dovremmo scendere a 24 mesi. E per i farmaci anti-AIDS e gli antitumorali potrebbe in futuro bastare meno di un anno.

Questo significa riduzione dei test e delle procedure di controllo, a discapito della sicurezza dei pazienti. Per spiegare la posizione dell'FDA nei riguardi del medicinale per l'AIDS, la dideossiinosina (DDI, commercializzata sotto il nome di Videx) Kessler dice:

> I gay hanno fretta, e vogliono che si approvi tutto e subito. Abbiamo accolto la DDI perché è certamente in rapporto con i miglioramenti dei pazienti, ma ancora non ne conosciamo con precisione il motivo(!).[39]

Lauritsen racconta[40], sulla base della sua ricca documentazione:

> Ad un meeting tenuto il 19 luglio 1991, un Comitato Consultivo dell'FDA raccomandò che la DDI fosse approvata per la commercializzazione. La Squibb, l'azienda produttrice del farmaco, presentò dati asseritamente dimostrativi dei benefici di quella terapia. Non avendo dati da uno studio controllato, essi si rifacevano a confronti con «controlli storici», una procedura statisticamente inaccettabile. Tra i controlli storici vi erano anche i pazienti dello studio clinico sull'AZT di Fase II, condotto nel 1986 e dimostrato fraudolento. Oltre a questa spazzatura, la Squibb presentò dati basati sul test dell'antigene P-24, già screditato da tempo. Questo fu un errore, poiché una funzionaria dell'FDA si alzò per dire che i risultati ad esso relativi erano insignificanti in termini di conseguenze cliniche o sopravvivenza. A questo punto il DDI non avrebbe dovuto essere approvato, ma l'FDA venne in aiuto alla Squibb. Essi richiesero al National Institute for Allergies and Infectious Diseases il permesso di dare un'occhiata ai dati di uno studio non completato in cui sembrava che il DDI fosse «valido» quanto l'AZT, che era stato approvato 4 anni prima. Il direttore dell'FDA, Kessler disse ai membri del comitato di «essere creativi». Essi colsero il suggerimento e votarono per un'approvazione del DDI, ma solo per adulti e bambini che si erano dimostrati intolleranti all'AZT.
>
> Approvare il DDI sulla base di dati frivoli e persino fraudolenti – commenta Lauritsen – significa la fine di ogni pretesa di regolazione dei farmaci in USA e un ritorno al-

l'anarchia del XIX secolo, in cui rimedi velenosi e adulteranti alimentari venivano venduti liberamente a consumatori ignoranti e privi di protezione[41].

Quanto al meccanismo d'azione, il DDI ha un'azione simile a quella dell'AZT (blocco della sintesi del DNA), causa una tossicità acuta che comprende la pancreatite (una condizione grave), neuropatia periferica, insufficienza epatica, diarrea, leucopenia, trombocitopenia, anemia[42]. Il foglietto illustrativo precisa anche che il metabolismo della DDI nell'uomo non è stato valutato. Non sono menzionati studi che valutino la tossicità cronica né test di valutazione della mutagenicità e della carcinogenicità.

Il DDI è stato approvato, e su questa scia molti altri.

Nel dicembre 1995 la FDA ha approvato il primo inibitore delle proteasi, il *saquinavir*, il 1° marzo del 1996 il *ritonavir*, (dopo *soli 72 giorni d'esame, un nuovo record di velocità)*, ed il 14 marzo l'*indinavir*, dopo solo 42 giorni di «controlli», polverizzando il recentissimo record precedente, *sulla base di studi presentati dalle Ditte produttrici e fino allora non pubblicati!*

Poiché gli «ottimi risultati» vantati avrebbero potuto essere solo temporanei, «per farli durare più a lungo», venne proposta e subito accettata la loro associazione con il sempreverde AZT.

Vengono anch'essi – come inizialmente l'AZT – considerati specifici per enzimi virali, quindi privi di effetti collaterali. Poiché le proteasi sono enzimi presenti nei succhi enterici dei mammiferi, ed indispensabili alla digestione, non vale neanche la pena di fare molti commenti, tanto questi sarebbero ovvii. E difatti anche questi farmaci hanno puntualmente prodotto gravi effetti collaterali (diarrea, nausea, vomito, astenia, epatite ed altre patologie potenzialmente pericolose)[43].

Capitolo tredicesimo
LA DECIMA MISTIFICAZIONE: I TEST DELL'AIDS

Per il momento mettiamo da parte la discussione che vede contrapposti quelli che ritengono il virus innocuo e quelli che lo considerano una sciagura. Ora prendiamo in esame il perno su cui tutto ruota: i test.

La diagnosi d'infezione da HIV viene fatta sulla base dei risultati d'un test di screening (Elisa) e d'un test di conferma (Western Blot, WB) che rivelerebbero la presenza di anticorpi specifici[1]. L'affidabilità di questi test avrebbe dovuto essere valutata molto scrupolosamente, date le pesanti ripercussioni psicologiche, affettive, sociali e professionali che un responso positivo comporta per la persona (e spesso anche per chi la circonda) dato l'alone di terrore con cui è stata circonfusa la sieropositività.

Purtroppo, sebbene tutti i test usati (come vedremo) *non siano realmente affidabili, le* «autorità» e gli «esperti» *hanno operato ed operano* «come se» *lo fossero.*

Va ricordato che, secondo gli stessi dati ufficiali, i test segnalano spesso *molti* «falsi positivi»: in altre parole, molte persone sono erroneamente identificate come sieropositive, con effetti disastrosi per loro e per i loro cari.

Ce lo conferma Robin Weiss, noto virologo che detiene un brevetto proprio in questo campo:

> In popolazioni in cui la diffusione della malattia è scarsa [appunto quelle europee; n.d.a.] *questi falsi positivi costituiscono una percentuale consistente di tutti i sieropositivi.* E le conseguenze d'un falso allarme in questa materia sono note: grave angoscia, depressione, spesso perdita del lavoro, rifiuto di assicurazioni sulla vita e contro le malattie e, talvolta, tentati suicidi[2].

La gravità del danno prodotto è enorme: quando i due test combinati (Elisa e WB) vengono applicati alla popolazione generale, producono un tasso di falsi positivi *5 volte maggiore dei presunti* «veri positivi». È stato anche dimostrato che alcune malattie e fattori banali quale una semplice vaccinazione anti-influenzale possono rendere positivo il risultato[3].

Già queste osservazioni rendono perplessi, ma lo sconcerto diventa indignazione se l'analisi si fa più serrata.

Va ad una scienziata australiana, Eleni Eleopulos, ed ai suoi colleghi il merito d'*aver dimostrato in modo rigoroso l'attuale vergognosa situazione* prendendo in esame le assurde molteplicità dei criteri diagnostici (che avrebbero dovuto essere uguali dovunque) e valutando i singoli aspetti dei test utilizzati[4].

Una nosografia caotica

In consonanza con quanto abbiamo fatto anche noi, la Eleopulos ricorda come i criteri di diagnosi siano

profondamente diversi da Paese a Paese e come, quindi, i dati raccolti in base ad essi non siano né comparabili né cumulabili (sebbene vengano regolarmente comparati e cumulati) ai fini di una seria valutazione statistica internazionale.

In Africa, per esempio, la diagnosi di AIDS viene fatta nella maggior parte dei casi in termini puramente clinici, cioè sulla base dei sintomi (ma si tratta di sintomi comuni a malattie comunissime ed antiche in quel continente). In America Latina, invece, tale diagnosi viene fatta quando il paziente, oltre a presentare certi sintomi, risulta positivo a uno di due test: il test Elisa o il «test dell'antigene». In Europa e negli Stati Uniti, viceversa, questi due test non sono considerati sufficientemente affidabili: essi devono essere suffragati da un test detto di conferma, il Western Blot (WB).

Ma le cose vanno ancora diversamente in Gran Bretagna, ove frequentemente ci si affida al test Elisa, ma ripetuto più volte[5].

Approfondendo la ricerca sulla concordanza o meno tra test Elisa, WB e diagnosi clinica, Eleni Eleopulos ha constatato che la confusione cresceva ancora.

In Africa, come s'è detto, la concordanza tra test Elisa positivo e diagnosi clinica è risultata del 50% circa, secondo la letteratura. Inoltre, come ammesso dagli epidemiologi Robert Biggar nel 1985[6] e Myron Essex nel 1994[7], in Africa «la reattività sia nell'analisi Elisa sia nella Western Blot possono essere non-specifiche» a causa di malattie diffuse ed endemiche (malaria, lebbra).

In Russia, la concordanza tra test Elisa e test di conferma (WB) è risultata minima.

Stando ad informazione pubblicate sull'autorevole rivista medica inglese *The Lancet*[8], nel 1990 in Russia ven-

nero fatti 20.200.000 test Elisa, di cui 20.000 risultarono positivi, ma solo 112 vennero confermati con il WB; nel 1991, su 30.000.000 di test Elisa, ben 30.000 risultarono positivi, ma di questi appena 66 risultarono confermati dal Western Blot, cioè soltanto 1 ogni 455.

Negli Stati Uniti, su un totale di 1.200.000 militari di leva sottoposti al test Elisa 12.000 risultarono positivi, ma alla fine dei 3 controlli previsti, ne vennero confermati meno di 1/6 (1.920)[9]. Quale risultato ci sarebbe stato, si domanda la Eleopulos, se i controlli, invece di 3, fossero stati 2 o 5 e il loro ordine di esecuzione (Elisa e WB) diverso?

Quali sono i criteri per un test «di conferma» (WB) positivo? Quanto esso è standardizzato?

Nei soli Stati Uniti vi sono ben 4 criteri ufficiali, e solo uno (indicato nel kit diagnostico della Du Pont) è stato approvato dalla FDA (Food and Drug Administration) nel 1987. Questo è il più restrittivo ed è usato da pochi laboratori. Se solo questo test fosse usato, negli Stati Uniti sarebbero confermati solo il 50% dei sieropositivi! Ma in questo come in altri Paesi, continuano ad essere utilizzati kit differenti praticamente in ogni laboratorio. Sono aspetti sconcertanti che vengono tenuti nascosti alla popolazione ma sono ben noti a molti ricercatori. Ecco il commento di Zolla-Pazner:

> La confusione sulla identificazione di queste bande [*i risultati del test Western Blot; n.d.r.*] è risultata in conclusioni scorretta negli studi sperimentali. [...] Potrebbe dunque essere necessaria la reinterpretazione dei risultati già pubblicati[10].

Un altro gruppo di ricercatori così si è espresso nel 1989:

> La sua tecnica [*del Western Blot; n.d.r.*] non è stata standardizzata, mentre l'importanza e le conseguenze delle variazioni verificatesi nei laboratori non sono ancora state misurate. I suoi risultati richiedono d'essere interpretati, sennonché i criteri per queste interpretazioni variano non solo da laboratorio a laboratorio, ma anche di mese in mese[11].

È un test riproducibile?

La risposta è *negativa.* In controlli di qualità effettuati in Laboratori di riferimento, al massimo livello, frazioni dello stesso siero davano risultati differenti in diversi laboratori e *persino risultati differenti nello stesso laboratorio in tempi diversi!*

Le stesse autorità sanitarie talvolta se ne sono accorte, ma la loro tendenza è sempre stata quella di minimizzare. Per esempio, a Parigi, nel 1993, sono stati ritirati dal commercio 9 kit diagnostici su un totale di 31 esaminati[12]. E si trattava di kit per il WB prodotti da alcune delle più stimate aziende farmaceutiche tedesche, svizzere, francesi e americane.

È un test specifico?

La Eleopulos e colleghi analizzano singolarmente ogni proteina ritenuta specifica del virus ed utilizzata nei test: *nessuna supera l'esame,* poiché proteine delle stesse dimensioni e caratteristiche sono presen-

ti in cellule normali. Anticorpi diretti contro di esse sono rilevabili frequentemente in varie malattie: lebbra, tubercolosi, malattie autoimmuni, malaria, ed altre patologie che provocano la formazione di grandi quantità di anticorpi.

Da quanto sopra emerge che anche il «test di conferma» (WB) sul quale, per definizione, non dovrebbero esserci dubbi, *non rivela affatto la presenza di anticorpi specifici diretti contro l'HIV.*

E gli altri test?

Neanche gli altri test dell'AIDS si salvano dalla critica impietosa della Eleopulos: né quello per l'isolamento del virus[13], né quello per l'individuazione di «particelle virali», o per la «ricerca dell'antigene» o per la «transcriptasi inversa», né la famosa PCR (Reazione Polimerasica a Catena).

Quest'ultimo test viene considerato insuperabile per sensibilità e specificità in quanto sarebbe in grado, si dice, di individuare un singolo virus in mezzo a milioni di cellule non infette. Tuttavia Eleni Eleopulos ha constatato che *molti ricercatori contestano l'affidabilità della PCR a causa dell'alto numero di falsi positivi* che questo test produrrebbe e per l'impossibilità, lamentata da vari altri ricercatori, di ottenere risultati ripetibili[14, 15].

CAPITOLO QUATTORDICESIMO

LA MADRE DI TUTTE LE MISTIFICAZIONI: IL VIRUS CHE NON C'È

Insomma, come si è visto nel capitolo precedente, *nessuno dei test praticati attualmente risulta né specifico, né standardizzato, né riproducibile.*

Ma, ciononostante, questi test continuano ad essere utilizzati in batteria, così che possono confortarsi e sorreggersi reciprocamente, come un branco di ubriachi che non sanno bene che cosa fare e dove andare, o come i «pentiti» dei nostri processi per mafia che confermano a vicenda le loro testimonianze fantasiose e prive di «riscontri oggettivi».

A questo punto, però, è perfettamente lecito domandarsi: *quale significato hanno in realtà questi test? Esiste o no, questo fantomatico virus HIV?*

Per rispondere a queste domande capitali e capire l'origine della confusione, proviamo ad immaginare di

aver inventato un nostro test, un sistema rivelatore a raggi invisibili: puntandolo contro una persona, esso attiverà un segnale d'allarme *solo se questa avrà con sé dell'esplosivo.* Per valutare se funziona, effettueremo delle prove su vari soggetti, alcuni dei quali terranno nascosto l'esplosivo, altri no (controlli positivi e negativi). La bontà del test verrà stabilita con una verifica diretta: in questo caso con la perquisizione di ogni persona e l'eventuale ritrovamento dell'esplosivo stesso. Insomma, il test sarà ritenuto affidabile se l'allarme avrà segnalato solo i soggetti in cui l'esplosivo viene effettivamente rinvenuto.

Anche nel campo dell'AIDS, dovremmo effettuare un'operazione analoga: *il controllo e la eventuale convalida dei test con il riscontro diretto del virus.* Se non lo facessimo, il fatto equivarrebbe, nel precedente esempio, a basare la convalida del test non sul ritrovamento dell'esplosivo ma sul confronto del nuovo sistema rivelatore con altri analoghi marchingegni, dai risultati spesso contrastanti, senza poter effettivamente sapere mai se e dove l'esplosivo è presente.

La convalida del test

Nell'attuale prassi diagnostica, la presenza dell'HIV viene «dimostrata» con la ricerca degli anticorpi contro alcune sue proteine, (con «esami colturali», con la ricerca dell'«antigene», ecc.). Questi esami avrebbero dovuto essere inizialmente convalidati, cioè confrontati con un test indipendente, chiamato «standard aureo». Nel caso in esame, questo standard aureo avrebbe dovuto essere il virus HIV stesso. *Il punto di partenza doveva dunque essere l'isolamento virale correttamente eseguito.* Tanto più

che il procedimento per isolare, cioè separare da ogni altra cosa un virus, *è tecnicamente e concettualmente semplice e viene attuato senza difficoltà con i virus autentici,* come quelli del morbillo, della rosolia, dell'epatite A, ecc.

Per valutare l'inaffidabilità delle procedure adottate, è opportuno ricordare alcuni principi di virologia, che oggigiorno sembrano dimenticati, e rivisitare la storia della scoperta del «virus dell'AIDS».

Qualche appunto di virologia

Com'è noto, i virus sono essenzialmente delle piccole unità di informazione genetica rinchiuse in un involucro che consiste di proteine. Essi possono riprodurre se stessi solamente infettando una cellula ospite suscettibile e appropriandosi di un macchinario chimico che essi trovano già pronto e funzionante. Le proteine di cui è fatto il virus sono caratteristiche per ciascun tipo. Oltre a proteggere e trasportare l'informazione genetica, esse conferiscono anche una forma specifica al virus maturo (particella virale o virione).

Meno noto è che *esistono altre particelle che assomigliano molto ai virus ma tali non sono e che vengono chiamate, con termine poco impegnativo, «particelle simil-virali». Queste particelle sono tutt'altro che rare e sono ritrovate,* per esempio, *nei preparati microscopici di placenta* (quasi nel 100% dei casi)[1] e, *molto frequentemente, nell'ambiente artificiale delle colture cellulari di laboratorio*[2]. Esse sono servite a intorbidare considerevolmente le acque per quanto riguarda la ricerca dell'AIDS poiché *particelle come queste sono state chiamate HIV*[3].

Ma fino ad oggi nessuna è stata caratterizzata come un'entità che possa essere correttamente definita virus o della quale possa essere dimostrata inconfutabilmente l'esistenza.

Come viene isolato un virus?

L'isolamento è un procedimento semplice e lineare perché i virus di un dato tipo, a differenza delle cellule, sono sempre di una stessa dimensione e forma e possono essere facilmente separati da altri componenti cellulari per mezzo di tecniche standard. La procedura di controllo consiste nel cercare di isolare il virus, in materiale probabilmente non infetto, nella stessa esatta maniera con cui si è proceduto con il materiale apparentemente infetto. Nel materiale non infetto niente dovrebbe essere ritrovato. Per isolare un virus in modo definitivo il primo e semplice passo è fotografare le particelle isolate con un microscopio elettronico: esse devono anche avere lo stesso aspetto delle particelle virali osservate in coltura in modo da distinguerle da altre particelle simili, ma non virali. I passi successivi consistono nel separare tra loro e fotografare le proteine che formano l'involucro virale. Questo produce un modello che è caratteristico del tipo di virus. Una simile separazione deve essere completata per il codice genetico dei virus (nei virus può essere costituito da DNA o da RNA).

Solamente dopo che le proteine virali e il codice genetico sono stati identificati in maniera appropriata è legittimo parlare di isolamento di un nuovo virus.

Uno dei dogmi della genetica

Secondo la teoria classica, considerata valida fino alla soglia degli anni '70, il flusso di informazioni che serve a formare una proteina poteva andare in una sola direzione: dal codice genetico (DNA) alla proteina in formazione, tramite una molecola intermedia (RNA messaggero). DNA -> RNA -> PROTEINA.

Nel 1970 fu scoperto, in estratti di certe cellule, un enzima (un catalizzatore biologico) capace di convertire la molecola di RNA in DNA. Questa era una scoperta rivoluzionaria poiché modificava radicalmente un principio fondamentale della genetica molecolare: e cioè che il flusso di informazioni andava soltanto in una direzione. Secondo quella teoria, infatti, il DNA veniva trascritto in RNA messaggero e il processo inverso RNA->DNA non avrebbe potuto verificarsi.

L'enzima appena scoperto venne conosciuto con il nome di «transcriptasi inversa» (in verità era stata scoperta solo l'attività enzimatica) ed immediatamente si pensò che doveva essere l'indice della presenza di un nuovo tipo di virus.

L'origine dei retrovirus, ovvero un errore del passato

L'aver ritrovato un'attività transcriptasica in cellule cancerogene fece estesamente accettare l'ipotesi che fossero presenti dei virus a RNA, che questi potessero inserirsi nel DNA cellulare grazie all'enzima creduto loro esclusivo ed eventualmente causare la trasformazione cancerogena della cellula ospite[4]. Queste ipotetiche entità vennero chiamate retrovirus.

L'idea che questi virus ed altri causassero il cancro aprì grandi aspettative e grandi speranze in tutto il mondo e presto portò ad accusare della diffusione degli agenti infettivi del cancro omosessuali, prostitute e negri[5], come è avvenuto in anni più recenti per l'AIDS. Si pensò anche che un vaccino avrebbe potuto conferire una protezione verso di essi[6].

Ma la teoria non era in grado di spiegare l'epidemiologia

delle neoplasie e la loro evidente mancanza di trasmissibilità. Nessun vaccino poté essere realizzato[7].

Dunque, negli anni '70, in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo l'attività transcriptasica inversa venisse rivelata induceva a credere che i retrovirus fossero presenti. *Questo pure si dimostrò un grave errore,* poiché la medesima attività enzimatica era presente in tutta la materia vivente: il che dimostrava che la transcriptasi inversa non aveva niente a che fare con i retrovirus per sé[8]. Questo era già noto agli inizi degli anni '80.

Ciò nonostante molti scienziati non tennero conto di questa evidenza e continuarono a lavorare alacremente sull'ipotesi oramai falsificata.

Una ricerca successiva dimostrò che almeno il 10% del DNA dei mammiferi era composto da sequenze ripetitive cui si faceva riferimento come a «geni nonsenso» (cioè senza funzione apparente), parte dei quali tuttavia avevano sequenze del tutto simili a quelle attribuite ai retrovirus. Essi esistono a centinaia se non migliaia di copie *in ogni cellula.* Essi possono moltiplicarsi indipendentemente e saltare entro e tra i cromosomi. Vennero definiti retrotransposoni. In laboratorio è possibile farli migrare e quando questo succede l'attività transcriptasica inversa viene invariabilmente rilevata. Si dimostrò anche che enzimi cellulari normali potevano avere una efficiente attività transcriptasica inversa[9]. *Per tutte queste ragioni l'equazione «transcriptasi inversa = retrovirus» venne completamente a cadere.*

Come scoprire un virus-che-non-c'è

Tutto questo era già ben conosciuto nel 1983. Ciò nonostante Gallo e Montagnier dichiararono nel 1984 di

aver scoperto un nuovo virus, sebbene tutto quello che fecero fosse riassumibile nei punti seguenti[10]:

1) trovarono segni di attività transcriptasica in colture cellulari;

2) mostrarono fotografie di particelle simil-virali senza prova che fossero virus;

3) ritrovarono alterazioni cellulari nelle stesse colture, alterazioni che si potevano ritrovare anche in colture cellulari «non infette».

Quanto sopra lo attribuirono in *via ipotetica* al *virus ipotetico* che proposero come *responsabile ipotetico* dell'AIDS.

Il gruppo di Gallo, infatti, non portò nessuna prova che l'attività transcriptasica né le alterazioni cellulari rilevate fossero causate dal virus (che d'altronde non aveva isolato). Inoltre i suoi lavori furono completati con frodi e macroscopiche alterazioni dei dati.

Nei lavori iniziali, il gruppo di Montagnier mantiene la prudente conclusione che: «Il ruolo del virus nell'eziologia dell'AIDS deve essere determinato»[11]. Ciò tuttavia non trattenne Gallo dall'annunciare al mondo intero (il famoso 23 aprile 1984) di aver trovato la *probabile* causa dell'AIDS. Come è noto, comunque, anche quell'ultima cautela, l'aggettivo «probabile», si dissolse rapidamente nel nulla, lasciando il posto all'incrollabile, rocciosa certezza che a tutti è stata inculcata.

Da allora di anni ne son passati molti, eppure nessuna fotografia di una particella virale *isolata* né delle sue proteine e dei suoi acidi nucleici è stata pubblicata. Fin dai primi studi Gallo affermava di aver trovato l'HIV a concentrazioni altissime (10^8/ml)[12]. Quindi non c'è nessuna giustificazione tecnica per tale mancanza. Nessun tipo di controllo (come quelli menzionati sopra) è

stato effettuato. Quello che tutto il mondo ha visto sono due cose:

a) le fotografie di *particelle simil-virali* da colture cellulari stimolate con ormoni ed agenti ossidanti, condizioni che sicuramente non si verificano *in vivo;*

b) raffigurazioni più o meno stilizzate del virus immaginato.

Nell'unico studio controllato di microscopia elettronica[13], i risultati, sconcertanti per i proponenti della teoria virale, consistevano nel ritrovamento di particelle indistinguibili dall'HIV, in una varietà di patologie del sistema linfatico «non associate all'HIV», tanto che gli Autori furono portati a concludere: «La presenza di tali particelle, di per sé, non indica infezione con HIV».

L'esistenza dell'HIV è dedotta tutt'oggi da un test anticorpale, ma come questo possa funzionare, quando dell'HIV non è stata dimostrata l'esistenza, è un mistero.

Si può però immaginare che cosa stia dietro questo pasticcio antiscientifico, ripensando semplicemente a come Gallo ottenne il suo test.

Come è stato realizzato il test?

Da colture cellulari in cui era rilevata l'attività transcriptasica inversa è stato ottenuto, con un particolare tipo di centrifugazione, *materiale che avrebbe dovuto essere virale.* Poiché il virus non c'era, quel materiale doveva necessariamente comprendere detriti e prodotti cellulari (proteine diverse). Le proteine così ottenute (e credute virali) venivano iniettate in conigli. I conigli reagivano con la produzione di anticorpi. Questi anticorpi neoformati, ovviamente, avevano la capacità di legarsi alle medesime proteine ottenute come sopra o direttamente alle cellule della coltura. Poiché le cellule in coltura erano globuli bianchi (originati da un paziente leucemico e poi divenute «immortali»), ne consegue che le proteine isolate hanno quell'origine, come dettagliatamente dimostra la Eleopulos nei suoi studi.

Questo spiega facilmente come i tossicodipendenti, che si iniettano droga con siringhe utilizzate da altri, e come gli emofilici, che sono legati all'infusione di preparati proteici impuri ricavati da plasma umano, possano essere «vaccinati» in modo analogo e poi *risultare positivi al test.*

Quanto detto fin qui potrebbe essere sufficiente per arrivare ad un giudizio conclusivo. Tuttavia può essere interessante per qualcuno procedere con l'analisi degli altri test perché anche questi vengono spesso citati come «prove di esistenza del virus».

La prova diretta dell'HIV

Alcuni ricercatori hanno tentato di aggirare il problema del mancato isolamento virale puntando su un fenomeno chiamato «evidenza diretta del virus». Ma non hanno fatto altro che selezionare una proteina di una certa misura che potesse coincidere con quella «dimostrata» nei modelli dell'HIV. Alla fine si dovette ammettere che la proteina era di origine cellulare.

Nonostante questo deplorevole stato di cose, la maggioranza dei ricercatori continuano a credere nell'autenticità dell'HIV perché una «sequenza genica» di esso è stata pubblicata. Le procedure genetiche esistenti avrebbero il vantaggio di identificare la presenza dell'HIV più o meno direttamente anche in assenza di anticorpi. Il fatto che «i test genetici siano talvolta negativi quando gli anticorpi sono presenti o la coltura è positiva», è semplicemente ignorato. Comunque, l'obiezione centrale non viene superata neanche così: *poiché nessun virus è sta-*

to isolato, ne consegue che nessun genoma virale è stato isolato da esso. Nella letteratura sono tuttavia descritte procedure complicate alla fine delle quali viene prodotto «qualcosa» che viene poi chiamato genoma dell'HIV.

Esso può essere ottenuto da quanto viene prodotto dalle condizioni molto particolari create in laboratorio che tra l'altro comprendono l'uso di linee cellulari «immortalizzate», cioè cellule estratte dal paziente e «arricchite» di stimolanti e agenti ossidanti *inesistenti in vivo. Tali condizioni (chiamate co-colture) di per se stesse sono sufficienti a rendere conto dell'attività transcriptasica inversa e della formazione di nuovo DNA (presunto virale).*

La reale spiegazione di ciò che accade è la seguente. L'RNA è trascritto in segmenti di DNA di varia misura. Alcuni tra quelli possono sembrare di origine estranea alla cellula poiché sono molto più lunghi dell'RNA messaggero (presente solo in segmenti corti). Essi sono il risultato del processo di trascrizione inversa che salda tra loro pezzi non correlati di DNA appena formato (*template switching*)[14]. Questo ha portato i normali ricercatori a credere che fosse stato prodotto del DNA virale.

I pezzi di DNA che risultano sono inevitabilmente più corti e più lunghi della «corretta» lunghezza dell'HIV. *Pezzi corrispondenti alla lunghezza desiderata devono essere selezionati* in modo da non violare la regola cardinale della virologia secondo la quale tutti gli acidi nucleici in un particolare virus devono essere identici.

Un processo di identificazione con l'uso di una sonda «su misura»

I pezzi di DNA di lunghezza uniforme così «preparati» non sono tuttavia ancora pronti per la presentazione,

poiché consistono di una mistura troppo eterogenea per poter rappresentare un tipo di DNA unico. È necessario perciò procedere ad una selezione ed autenticazione. Tale procedimento è chiamato *ibridizzazione.*

L'utilizzazione di sonde geniche (piccole catene di acidi nucleici, ottenute in laboratorio) per l'ibridizzazione permette di rivelare la presenza di segmenti di DNA del tipo ricercato. Poiché all'inizio della storia ovviamente non esisteva nessuna sonda genica dell'HIV, Gallo e Montagnier semplicemente usarono segmenti di DNA che – essi dicevano – erano specifici per l'HTLV-I, un retrovirus che Gallo aveva in precedenza dichiarato di aver scoperto e che sembravano adeguati per questo proposito. Il DNA rivelato dalla sonda descritta veniva poi clonato (prodotto in quantità) e dichiarato essere il DNA dell'HIV. Per inciso, l'HTLV-I di Gallo è stato «isolato» con metodi simili...

Per riassumere, l'intento era di coltivare l'HIV ed ottenere mediante separazione le sue proteine e i suoi acidi nucleici. Invece, è stata ottenuta una mistura di differenti pezzi di DNA, che, se virali, avrebbero dovuto essere identici. *Arbitrariamente alcuni dei segmenti venivano poi selezionati con una sonda genica costruita in base ad un'ipotesi non dimostrata.* Comunque, catene che non ibridizzano non dovrebbero essere presenti ed il fatto che ci siano, prova che è stato scelto un DNA cellulare dall'insieme degli «elementi ripetitivi».

Ne consegue che il cosiddetto DNA dell'HIV può essere solo un artefatto di laboratorio costruito in funzione di una idea preconcetta di cosa il DNA retrovirale dovrebbe essere e su un'ipotesi (attività transcriptasica inversa = retrovirus) già falsificata durante gli anni '70[15]. *Ciononostante, a tutt'oggi una coltura è considerata positiva quando viene rivelata tale attività enzimatica.*

Il DNA clonato da Gallo e Montagnier

Non ci si può trattenere dal chiedere perché nessuno abbia subito rilevato i vizi delle procedure impiegate da Gallo e Montagnier. Dopo che era stato definito per convenzione quali fossero i segmenti di DNA che corrispondevano all'HIV, ciascun ricercatore nel campo ha lavorato esclusivamente con corte sequenze già pronte, mai con la completa catena, nella «ragionevole assunzione» che la caratterizzazione originale fosse stata correttamente eseguita.

Date le procedure d'identificazione descritte sopra, le sequenze risultanti variano ampiamente da una preparazione alla successiva, il che viene interpretato dagli analisti delle sequenze come una «straordinaria capacità di mutazione» del virus HIV. Si è arrivati persino a costruire al computer un albero filogenetico simulato che stabiliva precisamente che cosa il suo ideatore desiderava provare[16].

NB Le pubblicazioni, da cui è in gran parte tratto questo capitolo, non sono state confutate seriamente da nessuno. Per chi volesse leggere gli originali, i riferimenti sono i seguenti:

Papadopulos-Eleopulos E.,Turner V.F. and Papadimitriou J.M. «Has Gallo proven the role of HIV in AIDS?», *Emergency Medicine* 1993; 5: 113-123.

Papadopulos-Eleopulos E.P., «Is a positive Western Blot Proof of HIV Infection?», *Bio/Technology* 1993; 11: 696-707.

Papadopulos-Eleopulos E.,Turner V.F. and Papadimitriou J.M., Causer D. «Factor VIII, HIV and AIDS in Heamophiliacs: an analysis of their relationship», *Genetica* 1995; 95: 25-50.

Papadopulos Eulopulos E., *et al.* «AIDS in Africa: Distinguishing Facts and Fiction», *World Journal of Microbiology and Biotechnology,* 1995, II: 135-43.

Lanka S. «HIV: reality or artifact?», *Continuum,* May 1995; 4-9.

Considerazioni conclusive

Certo, se la «scienza» continuerà a percorrere questa strada potranno essere realizzati, grazie all'imponenza finanziaria e tecnologica dei mezzi impiegati, notevoli progressi nella standardizzazione, nella riproducibilità e forse anche nella concordanza dei test, che oggi sono indubbiamente molto insoddisfacenti.

Ma né i finanziamenti favolosi, né le acrobazie tecnologiche riusciranno mai a dimostrare persuasivamente che il virus HIV esiste davvero né che esso non è una creatura (per la verità molto focomelica) dell'immaginario di alcuni «esperti».

Per quanto infine concerne l'affidabilità dei test va ribadito che la loro positività ha un valore *sostanzialmente nullo* perché:

- essa è correlata in modo comunque incompleto a molte malattie, sia immunodepressive che non, anche estranee all'AIDS;
- essa è però correlata anche con un ottimo stato di salute, come dimostrano i milioni di sieropositivi, sanissimi da molto tempo;
- essa, sicuramente, non dimostra la presenza del virus HIV o di qualsiasi altro virus;
- essa, contrariamente a quanto si è voluto dare a credere, *non equivale affatto ad una sentenza di morte:* an-

che le disparate sindromi patologiche definite AIDS possono regredire quando l'organismo del paziente non è molto compromesso.

Mentre l'utilità dei test è nulla, il loro danno può essere immenso perché:

- la comunicazione al paziente del risultato positivo al suo test dell'AIDS provoca quasi sempre un grave trauma psichico e può sconvolgere l'intera vita familiare, lavorativa, affettiva e sociale;
- non di rado la diagnosi di AIDS basata su questi test spinge i medici e il paziente ad intraprendere una terapia con AZT od altri «anti-retrovirali», che sono pesantemente tossici e producono effetti molto pericolosi. La prova di quanto qui affermiamo sta nel fatto che *nessuno dei sieropositivi rimasti sani per molti anni l'ha assunto (se non per sospenderlo presto), mentre chi lo ha assunto per lunghi periodi sta molto male o è morto.* Il famoso cestista Magic Johnson, dato per spacciato vari anni fa, e molti altri come lui, hanno rifiutato di curarsi con l'AZT e stanno benone.

Insomma, un controllo accurato delle procedure dei tanto celebrati e redditizi test dell'AIDS dimostra non solo la grave inaffidabilità delle diagnosi da essi ricavate ma legittima anche i più fondati dubbi sulla esistenza stessa del tanto vituperato virus HIV, che viene tutt'oggi caparbiamente considerato la causa essenziale dell'AIDS.

Mentre infatti nessun tentativo di isolare il virus *è mai riuscito,* le proteine tuttora considerate come proprie dell'HIV non sono altro che proteine cellulari (o comunque non virali), mentre il cosiddetto DNA dell'HIV è stato selezionato, con una sonda genica costruita su misura (inventata), tra segmenti di DNA di varie lunghezze, *segmenti che sono solo il prodotto di colture cellulari opportunamente stimolate.*

Così inquadrato, il virus stesso appare davvero la madre (o la figlia) di tutte le mistificazioni d'un *establishment* medico-farmaceutico che di scientifico non ha più nulla.

CAPITOLO QUINDICESIMO

MA ALLORA, DI CHE COSA SOFFRONO E MUOIONO I COSIDDETTI «MALATI DI AIDS»?

Confidiamo d'aver persuasivamente chiarito, nei capitoli precedenti, *che cosa l'AIDS non è:* non è la «peste del 2000», non è una malattia prodotta dall'HIV, non è una malattia diagnosticata con test validi, non è una malattia univocamente e scientificamente definita, non è una malattia pericolosa per la popolazione in generale né per gli eterosessuali non drogati, non è una malattia connessa all'intensità e varietà dei rapporti eterosessuali, non è quindi una malattia che si può contrarre con le prostitute, non è un'epidemia che ha pericolosi focolai in Africa o in qualsiasi altro luogo, non è una malattia che si può curare con i farmaci attualmente usati, che sono anzi terribilmente tossici, non è, infine, una malattia che si può prevenire con i vaccini che sono attualmente allo studio e che potrebbero provocare essi stessi le patologie poi definite AIDS conclamata.

Ma allora, vi domanderete, di che cosa soffrono e muoiono i cosiddetti «malati di AIDS»?

Perché i malati indubbiamente ci sono e non possono di certo essere liquidati come «un'invenzione dell'*establishment*»...

Per rispondere a questa domanda dobbiamo anzitutto ricordare che, *col termine di AIDS, sono state rubricate malattie molto disparate* e che, anche in base ai dati delle autorità ufficiali, l'AIDS africana è una sindrome (cioè un insieme) di malattie molto diverse da quelle che compongono l'AIDS euro-americana.

Già questo fatto è di per se stesso assurdo e non ha precedenti nella storia della medicina.

Vediamo dunque da vicino le caratteristiche di questa malattia «una e bina».

In Africa, stando alle informazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'AIDS non colpirebbe nessun particolare gruppo a rischio ma la popolazione in generale, senza differenza tra maschi e femmine, tra questa o quella fascia d'età.

Sempre secondo le informazioni dell'OMS, nell'area euro-americana l'AIDS colpirebbe invece (chissà perché!) quasi soltanto i gruppi a rischio (tossicodipendenti, politrasfusi, omosessuali), prevalentemente i maschi (90% negli USA, 79% in Italia), solo una modesta minoranza di femmine (10% in USA, 21% in Italia) e quasi esclusivamente la fascia d'età tra i 20 e i 44 anni (95% dei casi).

In Occidente le persone con la diagnosi di AIDS si ammalano per i gravi rischi per la salute che corrono (o hanno corso): spesso a causa dell'uso di droghe o farmaci (compresi i farmaci «antiretrovirali»).

Così i *tossicodipendenti:* spesso sono colpiti da malattie polmonari, sepsi (infezione del sangue) e grave deperimento organico, cioè *dalle stesse patologie che li colpivano anche 80 anni fa* e che sono diventate un fenomeno di grandi proporzioni per l'enorme aumento della diffusione delle droghe nei Paesi occidentali a partire dagli anni '70.

Così gli *omosessuali,* di cui peraltro è colpito solo un sottogruppo; gli altri – e sono milioni anche in Italia – restano sani. Le ragioni sono fin troppo ovvie. I rischi di chi si ammala riguardano *l'uso di droghe comuni agli altri tossicodipendenti e di altre abusate «in esclusiva»,* infezioni veneree ripetute con conseguente uso di antibiotici (assunti anche a scopo profilattico, per tempi prolungati) ed altre abitudini malsane, portate all'eccesso. L'uso dei *nitriti per via inalatoria,* assunti quasi esclusivamente da questo gruppo, è molto probabile sia la ragione per cui il sarcoma di Kaposi (malattia «indice») colpisce quasi esclusivamente gli omosessuali.

Così gli *emofilici:* le patologie che li colpiscono sono legate alla malattia di base, e alla necessità delle trasfusioni sanguigne e dell'infusione di fattori della coagulazione, che sono preparati pieni di impurità difficili da eliminare e che costituiscono un carico antigenico ad effetto, a lungo andare, immuno-depressivo. Gli stessi preparati, d'altro canto, hanno permesso loro di avere un'aspettativa di vita sempre più lunga. Secondo gli stessi CDC (Centers for Disease Control), come abbiamo riportato in capitoli precedenti, *la sieropositività di gran parte di loro non è dovuta all'HIV.*

Così i *politrasfusi:* anche per loro ci sono ragioni mediche per spiegare eventuali malattie classificate come AIDS.

Così *coloro che assumono AZT:* si può trattare di soggetti che fanno parte dei gruppi a rischio summenzionati o sono sieropositivi per motivi banali o per caso.

Poiché l'AZT ed altri farmaci simili procurano immuno-depressione e sono cancerogeni, ovvero sono causa di malattie «indice», è chiaro che possono provocare l'AIDS secondo la formula nota: malattia indice + sieropositività = AIDS.

Vorremmo ricordare un episodio emblematico reso noto in una trasmissione televisiva Stefano Gentiloni[1], ancora nel 1991. Un ospite della «Comunità Incontro» raccontava la sua storia: quattro anni prima era disteso in un letto d'ospedale oramai agonizzante, gli avevano dato pochi giorni di vita. Don Pierino Germini lo volle portar con sé, gli sospese tutti i farmaci, lo nutrì amorevolmente ed Albino si riprese benissimo: appariva un uomo perfettamente normale all'intervista televisiva, in barba al «virus» e «nonostante» non prendesse più farmaci. Da allora era diventato un valido collaboratore nella stessa comunità.

In Africa, inoltre, l'AIDS provocherebbe febbre, diarrea, tubercolosi, mentre nell'area euro-americana lo stesso virus produrrebbe polmonite interstiziale (50% dei casi), toxoplasmosi, candidiasi, sarcoma di Kaposi, linfomi e demenza: insomma patologie del tutto diverse da quelle africane e non spiegabili con la differenza delle condizioni ambientali.

L'aspetto più assurdo e truffaldino di questa impostazione nosografica sta nel fatto che, in Africa, la diarrea e la tubercolosi sono patologie notoriamente diffuse da sempre: esse però vengono oggi prontamente diagnosticate come AIDS se un soggetto risulta sieropositivo a un qualsiasi test. Ma non è finita: sempre l'OMS ci informa che, sempre in Africa, dato l'alto costo dei test e la scarsità delle strutture sanitarie, la maggior parte delle diagnosi di AIDS (il 60-70%) è stata fatta solo «su base clinica», cioè sulla base dei sintomi. Questa formuletta

elegante equivale a riconoscere che *la maggioranza schiacciante dei molti milioni di africani considerati come «malati di AIDS» sono in realtà pazienti che, prima dell'immaginaria «epidemia», venivano considerati banalissimi... malati di dissenteria o di tubercolosi.*

Ma perché dunque queste patologie tanto diverse raggruppate sotto la diagnosi africana ed euro-americana di AIDS avrebbero avuto negli ultimi 10 anni l'incremento segnalato dalle autorità sanitarie nazionali e internazionali? E perché avrebbero spesso esito letale?

Anzitutto, va chiarito che l'incremento di morbilità e mortalità resta da dimostrare. Come De Marchi ha ripetutamente segnalato, infatti, la mortalità totale della popolazione americana più colpita dall'AIDS (secondo i dati ufficiali), e cioè quella degli Stati di California e New York, non solo non è aumentata ma è leggermente calata tra l'80 e l'88, cioè mentre «l'epidemia» infuriava!

Siamo dunque, probabilmente, dinanzi a una diversa rubricazione (sotto il nome di AIDS) di decessi in precedenza rubricati sotto altra voce. Viceversa in Italia, come emerge dalle tav. 8 e 9 a pp. 255-6, mentre la mortalità generale è rimasta invariata, nella fascia d'età dai 20 ai 45, e fra i maschi, c'è stato in effetti un aumento di mortalità (v. tav. 10 a p. 257) peraltro molto inferiore a quello dato a credere dalle autorità sanitarie.

Inoltre, *la mortalità indubbiamente elevata dei pazienti cui è diagnosticata l'AIDS ha avuto probabilmente un incentivo via via che è aumentata la terapia di questi malati con l'AZT ed altri farmaci estremamente tossici.*

Duesberg ha così precisato quelle che, a suo giudizio, sono le più probabili cause dell'incremento di certe

patologie (dissenteria, tubercolosi ecc.) diagnosticate come AIDS in Africa.

> Anche se – ha scritto – mancano dati epidemiologici sicuri, può darsi che un incremento di queste patologie e della relativa mortalità sia stato prodotto dal forte peggioramento delle condizioni alimentari e igieniche di vaste masse di popolazione nel corso dell'ultimo decennio.

Quanto all'incremento delle patologie diagnosticate come AIDS in Europa ed America, Duesberg ritiene che esso sia attribuibile alla enorme diffusione delle tossicodipendenze nel corso degli ultimi 10-15 anni.

> L'uso di droghe – scrive Duesberg – e specialmente di droghe tagliate ed inquinate, è sufficiente a spiegare il danno immunitario. Una bustina di «eroina» contiene in realtà, mediamente, solo un 3-8% di droga, mentre il resto è «eccipiente» miscelato all'eroina in condizioni igieniche pessime e, quindi, molto ricco di inquinanti microbici che possono facilmente dare origine alle patologie tipiche dei tossicodipendenti e dei «malati di AIDS»: polmoniti, endocarditi ecc. In queste condizioni, servono a ben poco gli «aghi sterili» tanto assiduamente raccomandati ai tossicodipendenti dalle autorità sanitarie[1].

E, a sua volta, De Marchi commenta così le conclusioni di Duesberg:

> Insomma, le patologie diagnosticate come AIDS in Africa e nell'area euro-americana sono i due «regali» delle follia politica e religiosa prevalsa in questi ultimi decenni verso i problemi della popolazione e della droga: il rifiuto d'ogni misura di controllo demografico ha portato in Africa all'incremento delle patologie (dissenteria, tubercolosi, parassitosi, ecc.) che sono conseguenti alla moltiplicazione della

> denutrizione e delle *bidonville;* mentre l'ottusa politica proibizionista stimola il narcotraffico e la diffusione di una tossicodipendenza altamente settica, che moltiplica le patologie diagnosticate come AIDS nell'area euro-americana[2].

Così chiarite le cause reali delle patologie chiamate AIDS si possono meglio definire le contromisure efficaci da adottare per evitare d'incorrere in quelle patologie e per uscirne.

Alla popolazione in generale, per una prevenzione efficace, va anzitutto raccomandato di evitare assolutamente l'assunzione di droghe, specie per via endovenosa. Agli omosessuali devono evitare pratiche frenetiche, traumatiche o che comportino comunque terapie antibiotiche prolungate e frequenti. Ai sieropositivi o presunti tali va anzitutto raccomandato di non credere all'equazione tra sieropositività ed AIDS e tra AIDS e morte che, come s'è visto, diventa spesso una profezia autorealizzante proprio per le «terapie» somministrate dall'*establishment.*

I sieropositivi sani (cioè «asintomatici», come dicono gli «esperti») hanno prospettive di salute e sopravvivenza in tutto eguali al resto della popolazione, purché conducano una vita sana ed esente dai comportamenti a rischio più sopra indicati.

Analoghe norme di comportamento vanno raccomandate ai sieropositivi che comincino a manifestare quadri sintomatici considerati preliminari o tipici dell'AIDS. La prima norma è quella di interrompere immediatamente la tossicodipendenza in qualsiasi forma e le pratiche omosessuali sconsigliate e di affrontare le singole patologie con farmaci mirati ad esse.

Ma soprattutto è essenziale liberarsi dall'«incubo AIDS» in cui essi sono stati piombati dal terrorismo

dell'*establishment,* poiché è arcinoto che l'angoscia e la depressione minano le difese immunitarie del nostro organismo.

Parte seconda

IL DISSENSO IMBAVAGLIATO

CAPITOLO PRIMO

LUIGI DE MARCHI, PIONIERE DELLA LOTTA CONTRO IL «TERRORISMO AIDS»

Conclusa questa desolante rassegna della mediocrità intellettuale e morale, dell'opportunismo carrieristico, del dilettantismo scientifico e della disonestà professionale di tanti esponenti dell'*establishment* medico, giornalistico e politico che ha perpetuato la «grande menzogna» dell'AIDS, è doveroso ricordare anche che, per fortuna, da una diecina d'anni ormai esiste una minoranza di ricercatori e giornalisti che, sebbene denigrata, discriminata e imbavagliata dai media, dalle autorità responsabili e dagli «scienziati» di regime, ha saputo denunciare la grande menzogna ed i suoi danni devastanti, tenere vivo il dissenso scientifico e affrontare le pesanti «vendette trasversali» consumate contro i suoi esponenti dalla «mafia dell'AIDS».

Questa «cultura del dissenso», che oggi conta oltre 700 virologi, infettivologi, epidemiologi ed altri specia-

listi di 23 Paesi, ha avuto i suoi coraggiosi pionieri, tra cui spiccano l'americano Peter Duesberg, che ha per primo contestato le assurde incongruenze della «teoria virale» dell'AIDS, e l'italiano Luigi De Marchi, che ha per primo contestato la fondatezza degli allarmismi propalati dalle autorità sanitarie ed analizzato le cause psicologiche (anzi psicopatologiche) del terrorismo e del terrore esplosi intorno all'AIDS.

Poiché De Marchi stesso, in altre parti di questo libro, presenta i risultati della sua ricerca psico-sociale e della sua lunga battaglia contro il terrorismo degli «esperti di AIDS», per parte mia mi limiterò a illustrare il dissenso scientifico straniero. Qui voglio solo sottolineare il carattere davvero pionieristico delle critiche e delle denunce di De Marchi (che del resto è stato un pioniere, oltre che nelle sue specialità di psicologia clinica e sociale, anche in tante altre battaglie per le libertà civili e l'indipendenza intellettuale: dalla modernizzazione del costume all'educazione sessuale, dalla lotta contro l'esplosione demografica a quella contro il conformismo di tanta parte della nostra cultura, dalla battaglia per il divorzio a quella per la contraccezione). Anche in materia di AIDS i primi interventi di De Marchi contro l'*establishment* sanitario hanno preceduto di vari mesi quelli dello stesso Duesberg[1].

Ma vediamo dunque più da vicino la figura di Peter Duesberg e la sua battaglia contro la grande mistificazione ordita con la cosiddetta teoria virale dell'AIDS.

CAPITOLO SECONDO

PETER DUESBERG, PIONIERE DELLA LOTTA CONTRO LA TEORIA VIRALE DELL'AIDS

Già direttore del Laboratorio di Biologia Molecolare dell'Università di California a Berkeley, membro dell'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti, autore di oltre 400 pubblicazioni scientifiche, Duesberg è considerato uno dei massimi esperti mondiali nel campo dei retrovirus, è stato insignito nel 1986[1], di un ambito premio scientifico (l'Outstandanding Investigator Grant), ed era a un passo dal Premio Nobel per la sua scoperta degli oncogeni virali, cioè dei geni virali che possono provocare il cancro.

Con una correttezza e un'indifferenza per il successo che cercheremmo invano nei suoi odierni avversari, egli stesso ridimensionò, tuttavia, l'importanza della sua scoperta, sottolineando che gli oncogeni virali avevano un rilievo molto modesto in natura, mentre quelli cellulari (simili ma funzionalmente inattivi) non pote-

vano causare il cancro. Con una secca comunicazione scientifica, insomma, egli non esitò a tagliare di netto il ramo rigoglioso (e ricco di promesse finanziarie) su cui egli ed i suoi collaboratori stavano seduti.

Duesberg è entrato nel dibattito sull'AIDS con un articolo apparso sulla prestigiosa rivista *Cancer Research* nel maggio dell'87, in cui sferrava un attacco frontale all'ipotesi virale dell'AIDS[2]. Quel gesto coraggioso gli costò carissimo. L'Amministrazione Reagan sospese i finanziamenti al suo Istituto, egli non fu più invitato a parlare in quei Congressi scientifici ove era stato per anni una «star» internazionale, e, dopo 25 anni di celebrata attività professionale, non riuscì più a farsi pubblicare una riga sulle riviste più «autorevoli». Nell'ottobre del 1990 Duesberg fu informato che anche i fondi del suo «Outstanding Investigator Grant» gli sarebbero stati tagliati. La decisione di tagliare quei fondi fu presa, incredibilmente, da un Comitato che includeva la dr.ssa Flossie Wong Staal, compagna di Gallo e madre d'uno dei suoi figli, e il dr. Dani Bolognesi, titolare d'un lucroso brevetto sui «test dell'AIDS».

Invano Duesberg si è appellato al principio basilare d'ogni ambiente veramente scientifico: la libera discussione delle conclusioni documentate di ogni ricercatore. Per anni i colleghi, un tempo reverenti e ossequiosi intorno al suo nome, hanno rifiutato ogni confronto, spesso ricorrendo alla diffamazione gratuita. Così Anthony Fauci ha sentenziato: «Le teorie di Duesberg sono un'assurdità totale»[3]. E Robert Gallo (di cui abbiamo visto alle pp. 45 e seg. le prodezze deontologiche): «Duesberg aizza l'odio all'interno della comunità scientifica e mina la fiducia dell'opinione pubblica nella scienza»[4]. Ma il record della denigrazione è stato toccato dal solito Fernando Aiuti che, il 2 dicem-

bre '92, ha dichiarato al *Corriere della sera:*

> Duesberg è un bugiardo. Formulando le sue teorie ha commesso un delitto, si è comportato da criminale. Bisognerebbe denunciarlo e radiarlo dalla comunità scientifica. Forse Duesberg – ha concluso Aiuti, con una buffa «interpretazione» che ad uno psicoanalista apparirebbe probabilmente molto «proiettiva» – è pagato da una casa farmaceutica che non produce AZT.

Il trattamento riservato a Duesberg svela la potenza spaventosa e la cinica distruttività dell'*establishment* dell'AIDS e spiega forse il terribile silenzio di tanti specialisti. Ma davvero Peter Duesberg è uno studioso pazzo o incompetente come l'hanno definito Gallo o altri suoi denigratori? Paradossalmente, la risposta migliore viene dallo stesso Robert Gallo che, in una «Presentazione di Peter H. Duesberg» scritta nel 1985[5], cioè poco prima che scoppiasse il loro dissenso sull'AIDS, aveva scritto:

> Duesberg cominciò il suo lavoro nel campo dei virus influenzali e pararainfluenzali. Egli fu il primo a dimostrare che i virus parainfluenzali avevano un genoma a singola elica di RNA; fu il primo a dimostrare che quelli influenzali avevano un genoma segmentato (il che spiegava la loro prodigiosa possibilità di ricombinazione); fu tra i primi a precisare le caratteristiche delle proteine virali dei retrovirus; partecipò al primo studio che fornì una mappa genetica applicabile a tutti i retrovirus: insomma, il mappaggio dei geni retrovirali lo ha portato avanti per primo, e principalmente, P. Duesberg. Egli è stato inoltre il primo a fornire il mappaggio d'un provirus col metodo della endonucleasi di restrizione... Nella fase successiva dei suoi studi, in collaborazione con Peter Vogt, scoprì il primo gene oncogeno, lavorando poi anche su vari altri geni oncogeni e descrivendoli per la prima volta.

Duesberg – concludeva Robert Gallo prima che Duesberg avesse il «cattivo gusto» di denunciare l'insostenibilità della teoria virale dell'AIDS – è uno scienziato straordinario, che rende più interessante e piacevole la vita di chi lo conosce.

Per quanto riguarda le argomentazioni scientifiche di Duesberg sull'AIDS, comunque, nessuno a tutt'oggi è riuscito a confutarle. Il caso più clamoroso di questa sistematica «fuga» degli avversari dinanzi al confronto scientifico è quello dello studio di Duesberg intitolato «L'HIV e l'AIDS: Correlazione, non Causa»[6] e pubblicato sugli Annali dell'Accademia Americana della Scienze con una «Nota dell'Editore» ove si annunciava la pubblicazione d'una contestazione delle tesi di Duesberg a firma di Robert Gallo. *Ma da allora sono passati 7 anni e Gallo non ha ancora... ultimato la sua risposta.*

Un altro esempio macroscopico di scorrettezza è stato quello della famosa rivista americana *Nature* che ha pubblicato recentemente un articolo di vari autori ove si ribadiva che l'infezione da HIV (e non l'uso di droghe, come ha sempre sostenuto Duesberg) è correlata in misura significativa con l'AIDS conclamata. Ebbene, quantunque Duesberg venisse personalmente citato e attaccato ben 19 volte in quell'articolo, *Nature* ha caparbiamente rifiutato di pubblicare la risposta di Duesberg[7]! Perché ? Ma perché nella sua risposta Duesberg era riuscito a dimostrare non solo le molte carenze e incongruenze scientifiche dell'articolo che lo «confutava», ma addirittura che un grafico dell'articolo era del tutto inventato perché riguardava un gruppo semplicemente inesistente in base ai dati dell'articolo stesso.

Assolutamente identico, del resto, è stato l'atteggiamento dei nostri «super-esperti» nei confronti del dissenso italiano. Mentre molte sono state le sortite diffamatorie nei confronti di De Marchi e delle sue rassicuranti documentazioni degli anni '80, nessuna «autorità» e nessun «super-esperto» ha mai raccolto le molte sfide ad un confronto lanciate da me e De Marchi negli anni '90 delle colonne di *Tempo medico,* dell'*Indipendente* e dell'*Opinione* o dai microfoni di Radio Radicale.

Il motivo centrale del vergognoso rifiuto del mondo scientifico e sanitario «ufficiale» di confrontarsi con Duesberg, De Marchi e me è fin troppo evidente: i nostri avversari sanno benissimo che sarebbero travolti.

Perfino nei confronti di Duesberg, comunque, certi «scienziati» nostrani si sono distinti per la loro intolleranza medioevale; così per esempio L. Checo-Bianchi e Giovan Battista Rossi sono intervenuti su *Nature*[8] con queste dichiarazioni inqualificabili:

> Non dovrebbe Duesberg essere dunque fermato? Non dovrebbe essergli impedito in qualche modo di parlare in televisione? Sì, una linea auspicabile sarebbe quella d'impedire i confronti televisivi con Duesberg» [sic!].

Del resto, come stupirsi di tanto zelo censorio da parte di Aiuti o Rossi? Sono gli stessi «apostoli della scienza» che hanno insultato e denigrato De Marchi col famigerato comunicato del ministero della Sanità, diramato il 13 febbraio 1987, e che gli hanno poi eretto intorno, per dieci anni, un impenetrabile muro di silenzio...

Capitolo terzo

ALTRI PROTAGONISTI DEL DISSENSO SCIENTIFICO

Un'altra personalità scientifica che ha dato un contributo essenziale alla demolizione della teoria virale dell'AIDS è stata, come abbiamo visto più sopra, l'australiana Eleni Eleopulos. Questa ricercatrice ed i suoi colleghi hanno dimostrato inoltre la totale inaffidabilità dei test dell'AIDS, anche dei più sofisticati, giungendo alla logica conclusione che *il famigerato «virus HIV» non è altro che un artefatto laboratoristico*[1].

Il biologo molecolare Stephan Lanka ha, per così dire, chiuso il cerchio, spiegando *come* i test vengono utilizzati e smascherando i molti trucchi cui si ricorre per far uscire il coniglio (il «virus») dal cilindro (il test).

A sua volta Robert Root-Bernstein, docente di Fisiologia Umana all'Università del Michigan, ha recentemente pubblicato un libro significativamente intitolato *Un riesame dell'AIDS – Il costo tragico d'un consenso scientifico prematuro*[2].

Kary Mullis, Premio Nobel per la bio-chimica ed inventore della PCR (Polymerase Chain Reaction), ha scritto:

> Non sono riuscito a trovare un solo virologo che abbia saputo indicarmi una qualche bibliografia ove si dimostri che l'HIV è, almeno probabilmente, la causa dell'AIDS... Al contrario, se si chiedono queste informazioni a certi illustri virologi, si riceve solo una risposta furibonda[3].

Mullis non è di certo un profano, nel campo dei virus. La PCR da lui inventata (e per la quale gli è stato conferito il Nobel) è una sorta di ingranditore molecolare con cui gli scienziati possono oggi «vedere» frammenti virali finora non individuabili. E difatti la PCR è oggi considerata la tecnica più sofisticata per accertare la presenza dell'HIV in un organismo.

> Ma, come rileva lo stesso Mullis, questo accertamento non dimostra minimamente che l'HIV sia davvero la causa dell'AIDS perché, com'è ormai noto, gli esseri umani sono pieni di retrovirus e noi non sappiamo neppure se i vari tipi di retrovirus siano centinaia o migliaia o centinaia di migliaia. Sappiamo però che questi retrovirus non hanno mai ucciso nessuno[4].

Il commento conclusivo di Mullis è devastante per gli «scienziati» dell'*establishment:*

> Il mistero che circonda quel dannato virus è il frutto inevitabile di quei due miliardi di dollari che ci spendono sopra ogni anno. Se prendessimo un qualsiasi altro virus e spendessimo due miliardi di dollari ogni anno per studiarlo, state certi che anche quel virus produrrebbe misteri a bizzeffe.

Va infine ricordato John Lauritsen, giornalista scientifico e specialista in ricerche statistiche, che nel suo àmbito professionale è stato uno dei pochissimi portavoce del dissenso. È autore di due libri sullo «scandalo AIDS». Uno è dedicato alla denuncia della vergognosa leggerezza con cui si è usato e si usa un farmaco paurosamente tossico come l'AZT: *Il veleno prescritto dal medico: la verità sull'AZT*[5]. Il secondo, *La guerra dell'AIDS*[6], è più generale e arriva a concludere che «per questa grande mistificazione, centinaia di migliaia di persone sono morte, miliardi di dollari sono stati sprecati e la scienza si è ridotta a un bordello».

CAPITOLO PRIMO

UNA STORIA ISTRUTTIVA: LA NEUROPATIA MIELO-OTTICA

La sindrome denominata con l'acronimo SMON non è sicuramente nota al pubblico italiano poiché i mezzi d'informazione occidentali hanno accuratamente evitato di parlarne. Il motivo apparirà chiaro leggendone questo breve resoconto.

Alla fine del 1950, furono segnalati in Giappone diversi casi di una nuova malattia, caratterizzata da lesioni al sistema nervoso e chiamata poi «neuropatia mielo-ottica subacuta» (da cui SMON). Nel 1963 divenne evidente che c'era un rapido incremento di questi casi, tanto che la patologia presto assunse l'aspetto di una vera e propria epidemia (1963-1969).

Per molti anni l'*establishment* medico credette che la sindrome fosse peculiare del popolo giapponese e vennero ricercate cause virali e genetiche.

Iniziali studi epidemiologici riguardanti la SMON si fo-

calizzarono sui virus e quello responsabile venne via via identificato nell'Echovirus 21, nel Coxackie A, in un herpesvirus, in un enterovirus e, alla fine, in un «virus lento» (un retrovirus come quello dell'AIDS). Fu coniato anche il nome del fantomatico colpevole: «Inoue SMON virus» (o «virus della SMON»)

Vi furono episodi di panico. Molte persone, temendo di essere contagiate, si suicidarono. Ma, fortunatamente, le autorità sanitarie giapponesi non permisero che crescesse una grande industria di kit diagnostici attorno a quella che era nulla più che un'ipotesi; anzi, il governo formò la Commissione Giapponese di Ricerca sulla SMON, composta da scienziati molto diversi per competenza e punti di vista. Questa commissione concluse che un farmaco molto usato come cura per la diarrea, il cliochinolo, era la causa della nuova malattia, la cui severità era direttamente correlata al dosaggio e alla durata dell'assunzione della terapia incriminata.

I sintomi consistevano in lesioni al sistema nervoso con dolori atroci agli arti e compromissione della vista. Nei casi più gravi, la SMON portava a paralisi, cecità e morte. Nel 1972, l'Istituto Superiore di Sanità giapponese aveva registrato un totale di 9.249 casi di persone colpite[1]. Di queste, il 3-6% morirono per causa diretta e una percentuale non precisata per cause indirette (decubiti, infezioni intercorrenti). Il 50% non erano in grado di tornare alla loro vita normale e, di questi, il 10-15% restarono gravemente menomati, tanto da non poter più badare a se stessi. Alcuni stimano che gli intossicati fossero molti di più (20-30.000)[2], altri addirittura 100.000 nel mondo[3].

La drastica diminuzione di nuovi casi di SMON dopo che il medicinale era stato tolto dal mercato costituisce la conferma maggiore del ruolo eziologico del cliochinolo. Il medicinale era usato come presidio da banco contro la diarrea e venduto sotto il nome commerciale di Enterovioformio, Mexaform ed altri (in Giappone, 186 erano i preparati che lo contenevano, prima che fosse bandito!). Il maggior produttore del farmaco, la Ciba Geigy, fece del suo meglio per nascondere la tossicità del preparato.

Alla fine degli anni '70, l'azienda ammise che il farmaco aveva causato quella tragedia, si scusò con le vittime e pagò tremiliardiduecentocinquantamilioni di yen come risarcimento a coloro che avevano denunciato la ditta produttrice. Casi simili sono rari fuori dal Giappone, ma disordini neurologici da cliochinolo indistinguibili dalla SMON sono stati riportati in Europa, Australia, Stati Uniti, prima, ma anche dopo, che la causa era stata accertata. Il fatto più interessante è appunto che *il cliochinolo continuò ad essere venduto in alcuni Paesi, talora senza avviso sui potenziali danni neurologici*. Ciò avviene tutt'oggi. In Italia era prescritto spesso come cura della diarrea fino al 1984 almeno (cioè 12 anni dopo che la causa era stata ufficialmente e senza ombra di dubbio accertata e 8 anni dopo che la stessa ditta produttrice si era scusata ed aveva risarcito le vittime[4]! E questo fatto costituisce un gravissimo atto d'accusa contro le nostre autorità sanitarie.) In un Prontuario terapeutico italiano era presente ancora nel 1988, anche se con la sola indicazione per l'amebiasi intestinale[5]. In un famoso testo di chemioterapia (ed, 1991)[6] si legge: «Cliochinolo e diiodochinina... sono ancora utilizzati in terapia». «Le loro indicazioni sono l'amebiasi intestinale, la giardiasi e le infezioni da Balantidium coli, anche se sono da preferirsi farmaci meno tossici». «La patogenesi di questa sindrome (la SMON) *non è stata definitivamente accertata*» (!), tuttavia «in molti Paesi le chinoline alogenate non sono più commercializzate».

Qualche riflessione

1. La più ovvia è che, spesso, le ditte farmaceutiche badano molto meno all'interesse dei malati che a quello proprio e che le autorità sanitarie preposte al controllo sono spesso «convinte», con metodi facilmente immaginabili, a «chiudere un occhio».

2. In quell'occasione il Governo Giapponese impostò bene il problema. *Non lasciò che ad occuparsene fosse un solo tipo di esperti,* che, magari in buona fede, tendono a vedere le cose in maniera unilaterale. Di fronte al nuovo problema medico, esso *riunì epidemiologi, tossicologi, microbiologi e la soluzione corretta venne trovata in poco tempo.*

3. Negli ultimi decenni, è stato di moda sospettare i virus come causa di varie malattie. Così accadde inizialmente anche per i bimbi focomelici, prima che fosse individuato il talidomide come responsabile. I virus vennero pesantemente sospettati nell'eziologia del cancro, mentre si tentava contemporaneamente di sottacere il ruolo dei carcinogeni chimici. Un esempio recente è la «Sindrome da Astenia Cronica (CFS)», per la quale almeno 4 virus sono stati finora incolpati (e poi rilasciati...)

È una moda che toglie il medico dall'imbarazzo in molte situazioni difficili, ma talvolta può essere una scappatoia pericolosa...

La verità della SMON fu esposta in Inghilterra principalmente attraverso il giornalismo investigativo di Joan Shenton[7], che lo rese noto nel 1984 col suo libro *The story of SMON.*

In Italia, un libro impressionante che riguarda il mercato e la sperimentazione dei farmaci è stato scritto dal prof. Pietro Croce *(Vivisezione o Scienza)* 8: da esso ho tratto alcuni dati sulla SMON.

Capitolo secondo

LA SIFILIDE: UN'ALTRA PESTE IMMAGINARIA?

In un interessante saggio dotato di una ricca bibliografia[1], lo storico della medicina Claude Quetél così descrive le implicazioni culturali e sociali della sifilide, la malattia che «fece tremare il mondo»:

> Per quasi 500 anni – scrive Quetél – la sifilide è stata la regina delle malattie veneree prima di essere detronizzata da un nuovo morbo, l'AIDS, con la quale la storia della sifilide ha somiglianze sbalorditive sia dal punto di vista dell'epidemiologia sia da quello delle risposte alla malattia.

Va dato atto a Quetél che le somiglianze ci sono, anche se in gran parte diverse da quelle che egli crede di identificare, come sarà evidente. Seguiamo dunque per sommi capi il saggio, che ci riserva sensazionali sorprese.

L'autore racconta che negli ultimi anni del XV secolo si scatenò in Europa una nuova epidemia che seminò orrore, terrore e morte nei secoli successivi mentre, contemporaneamente, si accentuava fino al parossismo la colpevolizzazione dei malati e le terapie assumevano aspetti punitivo-espiatori.

La «terapia» come espiazione

> Gli ecclesiastici – narra Quetél – proclamavano dal pulpito che il flagello era stato mandato da Dio per punire gli uomini delle loro perversità. Di fronte a questa malattia mandata dal destino a tutti coloro che commettono il peccato della fornicazione, il solo rimedio che Dio poteva accettare era la continenza (pp. 94-98).

Anche il grande medico francese Ambroise Paré (1575), sulla scia di molti altri, prese a sostenere che «Dio stesso aveva permesso a questa malattia di abbattersi sugli uomini per frenare la loro lascivia e la loro debordante concupiscenza».

A sua volta il medico Jacques de Bethencourt (1527) proclamava che il «mal venereo» era il risultato del vizio, cioè d'una offesa a Dio, e pertanto sosteneva la necessità di espiare i peccati carnali con la quaresima e altre penitenze. Col digiuno di 40 giorni, la cura di guaiaco costituiva la quaresima di penitenza, mentre il trattamento al mercurio, basato sull'introduzione nell'organismo di un veleno, rappresentava il purgatorio dell'espiazione. «È una fortuna – aggiunge – che il trattamento con mercurio sia meno severo e meno pericoloso di quello al guaiaco.»

Si riteneva che entrambi i trattamenti ottenessero attraverso la sudorazione, la salivazione e la diarrea, lo scopo di eliminare il «virus della sifilide»! In cosa consisteva questo trattamento al mercurio, «meno severo di altri»? Ulrich Von Hutten, avventuriero, poeta e scrittore, così lo descrisse nel 1519:

> I chirurgi preparano un unguento, applicandolo su articolazioni di braccia e gambe, in altri casi invece su tutto il corpo. Per alcuni pazienti una volta al dì, per altri ogni terzo-quarto giorno. I malati vengono chiusi in una stanza con riscaldamento costante a temperatura elevata, alcuni per venti altri per trenta giorni, o ancora più a lungo. Appena il paziente si trova immerso nell'unguento, comincia a sentirsi stranamente spossato. L'unguento ha una tale forza da riuscire a richiamare dalla parte più remota del corpo la sostanza morbosa raccogliendola nella bocca e, più su ancora, nel cervello. La malattia defluisce quindi per la faringe e la bocca provocando un danno tale da far cadere anche i denti più saldi. Tutti accusano suppurazioni alla lingua, alla faringe e al palato, una tumefazione delle gengive, un crescente tremolio dei denti, una salivazione ininterrotta dalla bocca con odore fetido e talmente contagiosa da insudiciare e contaminare subito tutto. Di conseguenza, anche sulle labbra la saliva provoca ulcere e sulla parte interna delle guance una forte infiammazione. Tutta la casa del malato diventa puzzolente. Questo tipo di cura è talmente duro che la maggior parte dei pazienti preferisce morire piuttosto che farsi curare in questo modo [...] In molti casi il cervello viene attaccato tanto da provocare vertigini. Altri pazienti diventano frenetici, e cominciano a tremare in tutto il corpo. Altri ancora prendono a balbettare, alcuni in modo incurabile. Ho visto morire molti durante la cura, alcuni con la faringe chiusa dal gonfiore, altri ancora incapaci di orinare. Solo pochi sono guariti ed anche questi solo accettando questa tremenda avventura e sopportando queste amarezze e sofferenze[2].

Quello che Hutten descriveva è solo il quadro della intossicazione acuta da mercurio e i sintomi dell'intossicazione mercuriale (ulcerazioni, effetti neurologici, ecc.) generalmente venivano attribuiti alla stessa sifilide: il che contribuiva ad aggravare ulteriormente l'immagine di un quadro semeiotico già confuso. Ma poiché «di fronte all'incertezza della guarigione è ammissibile l'eclettismo», molte altre «terapie» (diete paurose, guaiaco, arsenico, antimonio, piombo per via interna) venivano alternate ai trattamenti mercuriali.

Da quanto esposto non ci si stupisce del «carattere polimorfo della malattia», del fatto cioè, lamentato dai clinici del tempo, che «non ve ne siano altre che comportino una tale molteplicità di sintomi»: una posizione come si vede, molto simile a quella di tanti «illustri clinici» d'oggi dinanzi all'AIDS...

Il flagello era davvero nuovo?

Poiché le sofferenze erano nuove, si dovette supporre che anche la malattia fosse nuova, cioè portata dal «virus sifilitico».

La violenza del flagello che si era abbattuto sull'Europa scatenò le teorie più fantasiose sulle sue origini. Venne ipotizzato il rapporto di uomini con scimmie, i francesi lo chiamavano «mal napoletano», o «pustola italiana». I napoletani «mal francioso».

Vennero incolpati i marrani, cioè gli ebrei cacciati dalla Spagna. Gonzalo Fernandez de Oviedo, Sovrintendente del Re di Spagna nel Nuovo Mondo, attorno alla metà del XVI secolo, scrisse:

> Questa malattia proviene dalle Indie dove è molto

> comune tra gli indiani, ma in quelle terre non è così pericolosa come nelle nostre.

Tuttavia, trovarono credito anche alcune voci che contrastavano la tesi di un'importazione americana del morbo. Si esaminarono testi antichi, tra cui la Bibbia, le opere di Ippocrate, Celso e Galeno. Che cos'era quel «mal campano» descritto da Orazio? Che cos'erano quei papillomi che, stando a Giovenale e Marziale, avevano origine dal vizio e dalla pederastia? E i medici arabi non descrivevano forse un'intera serie di lesioni ai genitali e all'ano: ulcere, piaghe, verruche, porri, ragadi? Anche i medici del Medioevo parlavano di bubboni, ascessi e ulcere genitali.

Era una malattia tanto grave?

Ecco che cosa ne pensava un medico del tempo, contemporaneo di Oviedo, Diaz de Isla. Egli la chiama «mal serpentino, poiché il serpente è animale orribile temibile e terribile, com'è orribile, temibile e terribile la malattia. È una malattia grave che causa ascessi e corrompe la carne, spezza e distrugge le ossa, taglia e accorcia i tendini, e per tutto questo io le dò questo nome».

Benedetto, un medico veneziano, ne dipinge (nel 1497) un quadro altrettanto spaventoso:

> Tutto il corpo acquista un aspetto così ripugnante, e le sofferenze sono così atroci, soprattutto la notte, che questa malattia sorpassa in orrore la lebbra, generalmente incurabile, o l'elefantiasi, e la vita è in pericolo.

Una delle descrizioni più impressionanti delle de-

vastazioni della sifilide la dà Francisco de Quevedo all'inizio del '600:

> Che cosa c'è di più bello di una bella donna? Ma che cosa ne resta dopo la sifilide e secoli d'ospedale? La sua voce è diventata roca e nasale. Il sorriso che infiammava gli amanti si apre e rivela una dentatura traballante. I pochi capelli non riescono a nascondere le nudità del suo cranio. Della sua bella bocca dal disegno perfetto e delle sue labbra di corallo è rimasta solo un'atroce smorfia. Un tempo era coperta di fiori, ora è coperta di pustole. Le creme di bellezza di una volta sono state rimpiazzate dagli unguenti mercuriali.

Oggigiorno la lue viene ancora ritenuta grave, sebbene si sappia che l'ulcera cicatrizza spontaneamente dopo qualche settimana e che le lesioni della cute e delle mucose finiscono anch'esse per sparire, *in assenza di terapia* e per cedere il passo alla fase sierologica.

Come si capisce, il vero flagello era proprio la terapia, che causava i disturbi descritti, che non serviva a curare gli stadi primario e secondario, né a prevenire quello terziario.

Ritornando a Claude Quetel, egli nel testo dice che il periodo della grande virulenza del mal francese non durò più di sette anni e che quando i medici «vennero a patti con la malattia», permettendole di manifestarsi in tutta libertà, questa si dimostrò più benigna. Diversi medici si convinsero così che la sifilide fosse in declino, «perché il virus si indebolisce di giorno in giorno» e molti di loro attribuirono questa sua attenuazione ai loro eccellenti rimedi! Anche se l'Autore non è chiaro su questo punto, sembra che, all'opposto, esista una correlazione diretta tra la riduzione o la rinuncia ai trattamenti e l'attenuazione dei malanni. La sifilide non si estingue, ma continua con «velocità di crociera», alleviata con straordinaria perseveranza dalle cure che sostanzialmente non cambiano.

Nel XIX secolo la sifilide è ancora un nemico inafferrabile e sembra infischiarsene delle dichiarazioni di guerra. Il commento dei medici è unanime. Ciascuno concorda nel riconoscere che questa malattia crudele non potrà mai essere completamente debellata.

> Siamo forse costretti a convenire – scrive un medico dell'Impero (Parigi 1807) – che siamo molto lontani dalla fine dei nostri mali?
>
> Sul fronte delle terapie si arranca. Agli inizi del XIX secolo il mercurio perde molto in credibilità di fronte al successo seppure effimero della terapia antinfiammatoria di Broussais, consistente in bagni caldi, lavande rinfrescanti, lenitivi.[...] Ma il mercurio non tarda a riguadagnare terreno anche se i medici sono meno entusiasti nei suoi confronti.[...] Solo pochi estremisti propongono ancora di mercurializzare i pazienti «saturandoli» di mercurio.

Il test sierologico per la lue risale al 1906. Un test positivo significava una cura di anni: oggi sappiamo che quel test non è affatto specifico e può essere positivo in altre condizioni. Quindi, fino al 1949 almeno (anno in cui venne perfezionato un test più sicuro), molti vennero probabilmente curati – e sappiamo come – senza avere la malattia.

Al 1943 risalgono i primi trattamenti, con penicillina che si affermano e verranno ufficialmente consigliati appena negli anni '50.

Capitolo terzo

SIFILIDE E AIDS: DUE DONI DELLA FOLLIA «SCIENTIFICA»

Dal saggio da cui abbiamo tratto alcuni passi, appare evidente che una malattia benigna, già presente in Europa e nelle Americhe da centinaia e forse migliaia d'anni, divenne terribile e letale nel XVI secolo, in concomitanza con i trattamenti crudeli ed inutili che abbiamo descritto.

Per 4 lunghi secoli i medici non si accorsero d'essere essi stessi la causa dei danni spaventosi attribuiti alla malattia e continuarono, fino all'avvento dei primi antibiotici, a praticare lo stesso tipo di cure folli più sopra descritte, anche se in forme e dosaggi meno micidiali. *E continuarono anche in epoca moderna (dal 1910 fino al 1950)* cioè quando i risultati del «Rapporto di Oslo» (sulla sostanziale benignità della malattia)[1] erano noti da tempo.

Tuttora lo stadio terziario (la tabe dorsale) viene attribuito al batterio della sifilide, quando, con tutta pro-

babilità, esso era la conseguenza tardiva delle terapie eroiche nei pazienti che ad esse sopravvivevano. Lo stesso Quetel – come del resto gli attuali testi di medicina – precisa che «le lesioni dello stadio terziario non sono affatto contagiose»

Nel primo e più importante studio[2], in cui un medico (Boek, 1891-1910), scettico sulle terapie del tempo, si propose di osservare la normale evoluzione della sifilide, si poté constatare che:

a) gli stadi primo e secondo erano molto più benigni del previsto;

b) il terzo stadio si verificava, a distanza di molti anni, solo in una parte dei pazienti.

Non si può assolutamente escludere (data la gravità attribuita alla malattia) che le complicazioni a distanza fossero appunto la conseguenza di terapie intraprese dai pazienti dello studio, all'insaputa dei medici che rilevarono i dati.

Quetel ritiene di poter identificare *notevoli somiglianze epidemiologiche con l'AIDS, mentre è vero il contrario:* la lue si diffuse a tutta la popolazione colpendo tutti gli strati sociali e diffondendosi nella popolazione generale, con pressoché uguale distribuzione tra maschi e femmine. Il gruppo a particolare rischio per malattie sessuali, le prostitute, ne fu abbondantemente colpito.

Sappiamo invece che l'infezione da HIV e l'AIDS sono rarissime tra le prostitute e che la diffusione a macchia d'olio tra gli eterosessuali, dopo 13 anni, non s'è mai prodotta. *Straordinariamente simili sono, invece, le reazioni di tipo moralistico alle due malattie ed il clima di terrore che è stato creato attorno ad esse.*

Quetel non riesce a cogliere, se non vagamente, gli aspetti più preoccupanti: cioè l'ottusità di gran parte degli specialisti di allora e di oggi e la diabolica analo-

gia tra le conseguenze, tragicamente simili, delle «terapie» applicate alle due «infezioni» (l'AIDS va considerata in realtà, come «affezione», poiché non è infettiva).

Almeno, comunque, alla fine del 1800, ci fu un tentativo (lo studio di Boek già menzionato) di operare correttamente, cioè di studiare il decorso naturale dell'infezione. Purtroppo, invece, quest'idea tanto semplice ed elementare è rifiutata con indignazione dagli «specialisti» dell'AIDS! E neppure Claude Quetel se ne avvede.

De Marchi ha scritto una volta che «se insegna qualcosa, la storia insegna solo che non insegna niente». Di certo la Storia della Medicina non ha insegnato molto agli «esperti dell'AIDS».

Capitolo quarto

I «VIRUS LENTI», FANTOMATICI ANTENATI DEL FANTOMATICO HIV

I virus si riproducono velocemente, in poche ore o pochi giorni. Tuttavia ve ne sono alcuni che sono definiti «lenti»[1]. Per esempio, quando Gallo volle associare in modo causale il retrovirus da lui «ufficialmente scoperto» (l'HTLV-I) ad una forma di leucemia dell'adulto, si trovò di fronte ad un ostacolo difficile: venivano infatti riportati periodi di tempo, tra l'avvenuta «infezione» e la comparsa della malattia, molto più lunghi del previsto. Fu grazie al concetto di «virus lento» che poté legare i due episodi lontanissimi tra loro, *dilatando con grande disinvoltura la incubazione media di quella leucemia dagli iniziali 5 anni fino a portarla a ben 55 anni*[2]! Come sappiamo, qualcosa di simile avvenne per l'HIV e l'AIDS.

Lo scienziato che introdusse questo utilissimo concetto innovativo che permise agli scienziati collegamenti sempre più acrobatici e selvaggi, fu Carleton Gajdusek.

Di formazione pediatra, lavorò per anni come virologo al National Institute of Health (NIH) statunitense. Passò molto tempo in giro per il mondo a studiare le malattie contagiose dell'infanzia. Per questo Gajdusek fu sponsorizzato dalla Fondazione Nazionale per la Paralisi Infantile e mandato, nel 1957, in Nuova Guinea. Lì un medico locale gli parlò di una malattia chiamata kuru, una misteriosa patologia che attaccava il cervello, causando alla vittima una paralisi progressiva, fino alla morte entro pochi mesi. La sindrome pareva esistere solamente tra i 35.000 indigeni, della tribù dei Fore. Prima dell'arrivo di Gajdusek nessuno straniero aveva descritto il kuru, sebbene fosse comparso molto tempo prima.

Nello studio iniziale, Gajdusek ipotizzò che la malattia fosse infettiva. Egli riportò che i nativi mangiavano abitualmente i loro morti anche a scopo alimentare: una pratica che si poteva far risalire all'epoca di comparsa del kuru. Gajdusek decise che il kuru si trasmetteva mangiando il cervello delle vittime. Tuttavia, nel tentativo di trovare un virus, non poté non rendersi conto della mancanza totale di indizi. Nessuno dei segni tipici di un'infezione poteva essere ritrovato nei pazienti, né questi presentavano febbre. Il liquido cerebro-spinale, che avvolge il cervello e che si supponeva infetto, non presentava alterazioni. Inoltre il sistema immunitario dei pazienti mancava delle reazioni proprie di una grave infezione. Gli immunodepressi, a maggior rischio per infezioni, non avevano un maggior rischio di ammalarsi rispetto gli altri.

Dopo aver constatato che dopotutto non si trattava di una malattia infettiva, Gajdusek non tentò neppure di scoraggiare il cannibalismo. Come spiegò ad un intervistatore, «non vi era motivo di vietare il loro cannibalismo mortuario, poiché esso esprimeva amore per i loro cari estinti, anche se il governo ed i missionari lo disapprovavano». Questa usanza consentiva che non andasse perduta una buona fonte di proteine in una comunità che aveva grosse carenze alimentari.

Tornato negli Stati Uniti, Gajdusek fu assunto dal NIH per lavorare sulle malattie neurologiche. Mentre continuava a monitorare l'incidenza del kuru, egli dedicò il suo tempo a studiare in laboratorio la patologia. Nel frattempo, la sua scoperta aveva raggiunto l'Inghilterra, dove un altro cacciatore di virus stava investigando un'altra malattia delle pecore nota come scrapie, anch'essa caratterizzata da segni di degenerazione cerebrale. Il ricercatore inglese suggerì a Gajdusek che il kuru potesse essere provocato da un «virus lento», cioè capace di un lungo periodo di latenza. Gajdusek fu immediatamente colpito da quell'«idea rivoluzionaria», nonostante si fosse oramai indirizzato verso una causa nutrizionale od ereditaria.

Nuovamente determinato a cercare il virus elusivo, tentò di trasmettere il kuru dalle vittime umane agli scimpanzé, ma nessuno degli animali si ammalò dopo essere stato iniettato con sangue, urine ed altri fluidi corporali dei pazienti, compreso il liquido cerebrospinale che avrebbe dovuto essere pieno di virus. Ciò nonostante, le scimmie non contrassero la malattia, neanche quando fu fatto loro mangiare il cervello di persone decedute per kuru. Solamente un esperimento raccapricciante funzionò in parte: quello in cui la materia cerebrale degli ammalati venne ridotta in una fine poltiglia e iniettata, attraverso dei fori trapanati nel cranio, direttamente nel cervello di scimmie vive! Ma anche in quel caso, solo alcune di queste presentarono problemi di coordinazione e di movimento e solo dopo alcuni

mesi od anni. Sorprendentemente, anche questi metodi estremi non riuscivano a trasferire il kuru a dozzine di altre specie animali. Nessun virus poté essere visto nel tessuto cerebrale neanche usando i microscopi elettronici più potenti.

A questo punto *ogni studioso con un minimo di buon senso, avrebbe concluso che c'era qualcosa di sbagliato nell'ipotesi di lavoro, ma non certo Gajdusek.* Se segni del virus non potevano essere ritrovati da nessuna parte se non nel tessuto cerebrale non purificato, se il virus non causava nessuna reazione difensiva dell'organismo, se non poteva essere trasmesso in forma purificata agli animali, allora, probabilmente, *quel virus non esisteva.*

Lo stesso tessuto cerebrale omogenizzato dei pazienti morti per kuru, pieno di ogni immaginabile proteina ed altri composti, avrebbe potuto avere un effetto molto tossico quando inoculato nei cervelli delle scimmie. Ciò nonostante le poche scimmie malate lo convinsero che aveva trovato un virus. Poiché non riusciva ad isolare il microrganismo, decise di studiare il virus e la sua struttura con altri esperimenti indiretti; in mancanza di altro, avrebbe scoperto quale agente chimico o fisico distruggesse il virus. In questo modo avrebbe potuto trovare la soluzione per una eventuale cura. Ma con suo grande stupore niente sembrava distruggere il misterioso germe. Non importava come avesse trattato il tessuto cerebrale, se con agenti chimici potenti, con temperature fino a 280° C[3], con radiazioni ultraviolette, ionizzanti, con ultrasuoni, esso ancora causava il kuru nelle scimmie del suo laboratorio. Test successivi dimostrarono che nessun materiale genetico estraneo, che tutti i virus richiedono per la loro esistenza, poteva essere ritrovato nei colpiti dal kuru. Impiegando i trattamenti più forti per distruggere i virus Gajdusek fallì

nel tentativo di rendere il tessuto cerebrale innocuo nei suoi esperimenti. Questi risultati portavano ancora alla stessa, ovvia interpretazione: *nessun virus poteva essere distrutto, poiché non c'era nessun virus.* Ma purtroppo, avendo speso oltre 5 anni in questo progetto, Gajdusek si attaccò ancora più saldamente alla sua ipotesi virale. Dati i suoi esperimenti deludenti, egli riuscì a capovolgere i risultati e argomentò che il virus del kuru doveva essere un nuovo tipo di super-microbo o, come disse lui, un virus «non convenzionale». Questi nuovi virus avevano anche bisogno di agire come «virus lenti», perché lunghi periodi di tempo intercorrevano dall'atto di cannibalismo all'inizio del kuru. Egli «liberamente suggerì» che i periodi latenti dovevano estendersi per anni o decenni.

In altri momenti, gli scienziati seri avrebbero ignorato Gajdusek, ma, nel 1965, la sua ipotesi capitò a fagiolo. Allora la polio era sparita, ma le legioni di virologi, che si erano nel frattempo formate, avevano fame di nuovi campi di ricerca e così abbracciarono l'ipotesi del «virus lento» con grande entusiasmo. Essi «digerirono» senza battere ciglio l'assunto di Gajdusek che un simile virus «non convenzionale» causasse la malattia di Creutzfeldt-Jakob, una rara malattia cerebrale che colpisce gli occidentali sottoposti a chirurgia cerebrale. Forse le stesse operazioni mediche sono la sua reale causa. Gajdusek propose questi suoi nuovi virus anche per lo scrapie, la sclerosi multipla, la malattia di Alzheimer ed altre. *Nel 1976, gli conferirono persino il Premio Nobel per la medicina per i virus di Creutzfeldt-Jakob e del kuru che non aveva ancora trovato!* E, come coronamento dei suoi successi, il National Institute of Health lo promosse alla carica di Direttore dei Laboratori per lo Studio delle Malattie del Sistema Nervoso Centrale.

Ma la pubblicazione del suo discorso per l'accettazione del Premio Nobel, nel 1977, sulla rivista *Science*, incluse una foto che mostrava i nativi della Nuova Guinea che mangiavano il loro pasto cannibalesco. La foto non è molto chiara.

Quando i colleghi gli chiesero se la foto realmente mostrava scene di cannibalismo, egli ammise che il pasto era in realtà quello di un maiale arrosto! Secondo la rivista *Science*, Gajdusek dichiarò che non aveva potuto mostrare le reali foto di cannibalismo perché erano troppo offensive. Poco convinto di quelle spiegazioni, un antropologo americano fece delle ricerche e apertamente sfidò Gajdusek. Disse che non vi era nessuna evidenza di cannibalismo in Nuova Guinea. Egli stesso aveva passato due anni a lavorare in quel Paese, aveva anche sentito parlare di riti cannibaleschi, ma non ne aveva trovato alcuna prova. Gajdusek si arrabbiò per questo sospetto di malafede e ribadì di possedere le fotografie degli atti cannibaleschi, però mai avrebbe acconsentito di pubblicarle perché «avrebbero offeso i famigliari di quelli che li avevano consumati». Questa affermazione era evidentemente in contrasto con le sue precedenti, secondo cui gli indigeni mangiavano con orgoglio i loro morti e avevano smesso di farlo solo su pressione del Governo.

L'antropologo che era riuscito a vedere quelle foto disse che non vi si poteva scorgere nessun segno di cannibalismo. Inoltre, poche persone oltre a Gajdusek avevano mai visto le vittime del kuru[4].

Alla fin fine, dunque, non solamente venne scoperto solo un virus fantasma, ma lo stesso cannibalismo e lo stesso kuru risultavano «fondati» quasi esclusivamente sulla testimonianza di Gajdusek, un personaggio sicuramente ricco di fantasia. Tra l'altro, sia il kuru che il

cannibalismo sono spariti dalla Nuova Guinea pochi anni dopo il viaggio di Gajdusek del 1957, nonostante la supposta incubazione potesse prolungarsi – così egli diceva – per decenni.

La storia non finì così ed ebbe anzi una gloriosa continuazione.

Uno degli «scienziati» che raccolse i pezzi abbandonati dei lavori di Gajdusek sul *kuru* e lo *scrapie* fu Stanley Prusiner: utilizzò la moderna bio-tecnologia per isolare finalmente il virus inesistente e creò legami con malattie attuali (morbo della «mucca pazza»).

Professore all'Università della California a San Francisco, Prusiner credeva senza riserve nei *virus non convenzionali* e voleva riuscire per primo a provare che cosa essi veramente erano. Molti scienziati, di fronte a tessuti cerebrali che non contenevano nessuna molecola estranea, non avrebbero saputo da dove iniziare. Semplicemente avrebbero indirizzato il loro interesse scientifico altrove. Ma non Prusiner, scienziato «non convenzionale» come i suoi virus. Determinato al massimo, cominciò fin dai primi anni '80 ad argomentare che la definizione stessa di virus avrebbe dovuto essere cambiata.

Il concetto basilare di un microbo infettivo comporta l'assunto che esso è geneticamente estraneo all'ospite che invade. Prusiner ipotizzò invece che l'agente di certe malattie cerebrali potesse essere una proteina del soggetto malato (animale o uomo), presente però in ogni cervello. Tentando di spiegare perché solamente alcuni individui si ammalavano, spiegò che i prioni (così battezzò questi ipotetici agenti) dovevano avere una forma mutante o clinicamente alterata delle proteine normali e che questa poteva in qualche maniera riprodursi anche senza l'informazione genetica propria[5].

Questa proposta «ultra-rivoluzionaria» si mostrò troppo «grossa» per essere deglutita anche dai più affamati cacciatori di virus e Prusiner lavorò avvolto in una nube di controversie per anni. Ma nel 1990 egli applicò i mezzi che l'alta tecnologia gli offriva per la soluzione del problema: avendo isolato la proteina del prione, egli ricostruì con l'ingegneria genetica una forma mutante del corrispondente gene umano in una specie di topo, sperando che avrebbe sviluppato quel tipo di malattia cerebrale. Alcuni si ammalarono, ma non subito, solamente dopo mesi dalla nascita. Inoltre, i prioni non poterono essere ritrovati nel cervello di questi topi geneticamente alterati.

Non diede naturalmente peso all'imbarazzante scoperta e neppure badò troppo al fatto che prioni mutanti erano presenti nei cervelli di persone perfettamente sane. Scoprì persino che le proteine «anomale», i prioni, avevano la stessa sequenza (in aminoacidi) della corrispondente proteina normale. Ciò nonostante Prusiner riuscì a far passare i suoi esperimenti deludenti per successi strepitosi. L'*establishment* dei cacciatori di virus intanto era diventato così ipertrofico, da aver sempre più fame di nuovi campi di ricerca, e così diede il benvenuto all'ipotesi dei prioni anche se i prioni non sono – scientificamente parlando – dei virus. Per questi suoi meriti Prusiner fu premiato nel 1991 con la prestigiosa iscrizione alla Accademia delle Scienze statunitense. E le maggiori riviste ora pubblicano con gran rilievo i suoi risultati strabilianti.

Attualmente, tra le malattie degenerative imputate ai prioni, c'è il morbo della «mucca pazza». Tuttavia ipotesi diverse, più semplici, potrebbero rendere ragione di questa patologia in aumento e capire quale sia l'effettivo rischio per l'uomo.

Le mucche vengono cresciute sempre meno in idilliaci pascoli montani e sempre più in allevamenti intensivi, dove sono selezionate per la capacità di dare più carne o più latte (le mungono per 365 giorni all'anno!), dove lo spazio è ridottissimo, dove (per ingrassarle al minor costo possibile) sono sottoposte a regimi alimentari particolari ed innaturali (comprese – mostruoso per organismi erbivori – le carcasse di altri animali magari malati), dove vengono utilizzati ormoni per gonfiarle, dove vengono trattate con antibiotici potenti a scopo preventivo. In queste condizioni estreme, lo strano sarebbe che mucche pazze non ce ne fossero.

Il pericolo per l'uomo, tanto enfatizzato dai media, non starebbe allora nella trasmissibilità di una eventuale proteina anomala ingerita (le proteine, tra l'altro, vengon degradate nel processo di digestione), quanto nel continuare ad alimentarsi a lungo con carni di animali così tormentati e intossicati.

CAPITOLO PRIMO
PERCHÉ IL TERRORISMO?

Quanto è accaduto è estremamente grave. Le nostre autorità sanitarie, anziché tutelare la pubblica salute attraverso una corretta informazione e anziché distribuire le risorse finanziarie disponibili in proporzione ai bisogni effettivi, hanno distratto fondi ingenti su una malattia marginale e hanno concorso, con le loro campagne allarmistiche, a scatenare il panico nella popolazione: e, col panico, una sequenza di tragedie cruente e di comportamenti antisociali. Così, una malattia che, semmai, avrebbe potuto contribuire al riscatto dei giovani dalla droga è stata trasformata in uno strumento di perpetuazione, di persecuzione e di linciaggio delle minoranze devianti.

Le autorità sanitarie, inoltre, invece di ascoltare con rispetto le voci dissenzienti, com'è dovere di ogni istituzione scientifica (e politica), hanno imbavagliato e de-

nigrato chi richiamava al buon senso e al realismo e documentava l'infondatezza di tanti allarmismi.

Chiediamo formalmente che di tutte queste violazioni dei loro obblighi istituzionali certe «autorità» siano chiamate a rendere conto, a norma di legge.

Presentando un'ampia documentazione, che peraltro resta solo una frazione modesta di quella disponibile, abbiamo potuto dimostrare, in queste pagine, che le *teorie*, le *terapie* e le *politiche* adottate nel campo dell'AIDS *sono state sempre assurde e spesso fraudolente.*

Non siamo dinanzi a una malattia attribuibile al fantomatico virus HIV e, soprattutto, non siamo mai stati né siamo dinanzi a una «peste del 2000» avviata a sterminare l'umanità, ma solo dinanzi all'aggravamento di alcune patologie pre-esistenti, limitato a pochi gruppi e comportamenti a rischio.

Ma se così stanno le cose, se una patologia marginale ha potuto essere tanto agevolmente scambiata e tanto estesamente spacciata per un flagello planetario, è chiaro che *siamo in presenza d'una potentissima spinta a credere e a far credere una colossale menzogna.* È chiaro insomma che a *monte della mistificazione medica stanno fattori psico-culturali* che non possiamo permetterci di ignorare. Perché se anche, per buona ventura, le autorità sanitarie e scientifiche riconoscessero già da domani l'infondatezza della teoria eziologica e delle terapie finora adottate, le forze psico-culturali che hanno consentito e promosso la diffusione di tanti errori ed orrori negli ultimi 10-15 anni lavorerebbero con immutata potenza a consentire e promuovere la diffusione di altre mistificazioni terroristiche, magari su altre malattie.

Al di là delle frodi dell'*establishment* medico-farmaceutico, insomma, dobbiamo individuare le radici profonde della «psicosi dell'AIDS» che ha travolto la nostra società, domandandoci (come cominciai a chiedermi 10 anni fa, all'inizio di questa battaglia[1]) perché abbia così facilmente prevalso il *terrorismo* e perché sia così estesamente dilagato il *terrore.*

Capitolo secondo

REPRESSIONE SESSUALE E OPPRESSIONE SOCIALE

Rispondere alla prima domanda è forse più facile che rispondere alla seconda.

Da sempre nelle società di matrice cristiana (come del resto in tutte le società a matrice sessuofobica) la repressione più o meno terroristica della sessualità è stata uno strumento classico di controllo sociale da parte dei gruppi autoritari (politici o religiosi che fossero).

Fondamentale, sotto questo profilo, è l'analisi condotta già negli anni '30 da Wilhelm Reich, uno dei grandi allievi eretici di Freud, con la sua opera famosa *Psicologia di massa del fascismo* (1934)[1].

In quell'opera Reich, allargando le maglie dell'economicismo marxista che pretendeva di comprendere i grandi processi sociali e culturali solo sulla base dei fattori economici, cercò di dimostrare che alla nascita e al successo dei movimenti fascisti in Europa avevano con-

corso anche potenti fattori psicologici, da lui individuati nella struttura psicologica, sessuofobica e gregaria che caratterizza, a suo giudizio, non solo le classi piccolo-borghesi ma anche vaste fasce del proletariato.

Alla radice di questa struttura caratteriale fascista Reich intravedeva un processo di distorsione sado-masochista prodotto da un'educazione repressiva dei bisogni sessuali naturali.

In accordo con le ipotesi giovanili di Freud (e in aperto contrasto con quelle della maturità che indicarono nei conflitti interiori, anziché nelle pressioni ambientali, le fonti prime della moralità repressiva), Reich sostenne che la repressione degli istinti naturali nell'infanzia, nell'adolescenza e nella vita adulta produceva una loro sistematica aggressivizzazione (come del resto accade ad ogni istinto represso: si pensi alle reazioni aggressive del cane legato alla catena).

Aggressivizzata dalla repressione, la sessualità naturale si trasformava dunque, secondo Reich, in sadismo. E a sua volta il sadismo, impedito anch'esso nelle sue manifestazioni dirette dall'ambiente repressivo, doveva in parte canalizzarsi in forme indirette (socialmente approvate) e in parte trasformarsi in masochismo (cioè rivolgersi contro il soggetto stesso). Ma anche il masochismo doveva poi trovare forme socialmente approvate di espressione.

In tal modo, sempre secondo Reich, la personalità fascista trovava nella trasposizione sociale del proprio sadismo sessuale la base emozionale del proprio *autoritarismo* e nella trasposizione sociale del proprio masochismo la base emozionale del proprio *gregarismo*[2].

Così inquadrata, la repressione della sessualità risultava uno strumento essenziale del potere prevaricatore in quanto il gregarismo (cioè il masochismo sociale)

assicura la fanatica sottomissione delle masse all'autorità e ai suoi dogmi, mentre le personalità più tiranniche (cioè socialmente sadiche) possono ascendere e insediarsi ai vertici della piramide del potere.

In tal modo, inoltre, risultava chiaro come la psicologia offrisse una chiave preziosa per capire i meccanismi di instaurazione e perpetuazione del potere in tutti i tipi di regimi: non solo in quelli fascisti, ma anche in quelli stalinisti, maoisti, castristi o peronisti; non solo in quelli politici, ma anche in quelli religiosi (cattolici, islamici, ecc.).

È quanto ho tentato appunto di fare fin dagli anni '50 con un lavoro, *Sesso e Civiltà* (1958), che superava i vecchi pregiudizi marxisti di Reich e dei francofortesi, applicando criteri puramente psicologici alla comprensione non solo del nazi-fascismo ma di tutti i movimenti politici totalitari e di tutti i dogmatismi religiosi[3].

Da quell'analisi emergeva un quadro impressionante del *comune denominatore sessuofobico* che collega significativamente *tutti i movimenti fanatici, politici o religiosi che siano,* al di sopra (anzi al di sotto) delle loro furibonde e ripetitive rivalità: dal nazismo allo stalinismo, dal maoismo al peronismo, dal castrismo al gheddafismo, dal rigorismo cattolico a quello protestante o islamico.

E proprio da questo singolare denominatore comune risultava confermata la priorità dei fattori psicologici rispetto a quelli economici, ideologici o istituzionali, nel processo sociale.

Come dicevo in un mio libro del 1964 «i ponti della storia poggiano sulle arcate delle strutture psicologiche di massa e di vertice, cosicché le acque economiche, ideologiche e istituzionali che scorrono sotto quelle arcate hanno ben poca importanza»[4].

CAPITOLO TERZO

LA NASCITA DELLA PSICOLOGIA POLITICA

Nasceva così la *Psicopolitica*[1], un metodo di lettura dei grandi problemi e processi storico-sociali che mi ha consentito di chiarire molte apparenti contraddizioni dello scenario politico e religioso contemporaneo: per esempio, perché tra le democrazie occidentali e la dittatura hitleriana Stalin preferì quest'ultima, firmando il patto russo-tedesco del '39; o perché il Vaticano o il Cremlino hanno sempre preferito i regimi autocratici dell'Islam alla democrazia politica di Israele o infine perché dirigenze diversissime, anzi antagoniste sotto il profilo ideologico (fasciste, comuniste, cattoliche, islamiche) sono state concordi nella loro ostinata e folle opposizione al controllo delle nascite.

Questi e tanti altri enigmi del nostro tempo, inesplicabili in base ai criteri ideologici o economici di analisi delle scienze politiche classiche, appaiono *non solo com-*

prensibili ma inevitabili, se si applica ad essi il concetto centrale della psicopolitica:

> Le ideologie sono maschere, le economie sono macchine: ciò che veramente conta è il tipo di personalità che sta dietro quelle maschere e alla guida di quelle macchine[2].

Il nuovo approccio metodologico ebbe per me un prezzo doloroso perché, proprio per il suo carattere transideologico, comportava la chiarificazione delle profonde analogie di tutti i dogmatismi contemporanei – religiosi o politici, di destra o di sinistra – e quindi *mi attirava l'ostilità concentrica dei profeti e dei militanti di quei dogmatismi che si dicevano e si credevano antagonisti.*

E in un Paese come il nostro, dominato negli ultimi ottant'anni almeno da forze cattoliche, fasciste o marxiste (tutte quindi tendenzialmente dogmatiche), l'ostracismo è stato sistematico e pesante.

Ma, per tornare al tema centrale di questo libro, *è ancora in chiave psicologica che, a mio parere, possiamo analizzare e comprendere meglio i come e i perché della vicenda dell'AIDS.*

Il terrore e il terrorismo in materia di AIDS sono stati, senza dubbio, uno dei fenomeni più impressionanti del nostro secolo, in quanto hanno assunto dimensioni planetarie ed hanno coinvolto popolazioni e dirigenze, come quelle dei Paesi industrializzati, che sembravano ormai emancipate dalla superstizione.

L'ondata di panico che la «peste del 2000» ha scatenato mi sembra particolarmente interessante perché *la sua componente oggettiva (cioè la minaccia reale) era minima e la componente endogena, intrapsichica, non poteva, quindi, che essere fortissima.* Cerchiamo di capire il fenomeno nei suoi fattori contingenti e profondi.

CAPITOLO QUARTO
I FAUTORI DEL TERRORISMO

Se, tenendo ben presenti alcuni concetti basilari della psicopolitica, andiamo ad individuare i patroni politici e religiosi del terrorismo AIDS, non tardiamo a scoprire che essi appartengono in gran parte alle forze conservatrici di destra e di cosiddetta sinistra.

In particolare, se studiamo le campagne terroristiche sull'AIDS in un'ottica psicopolitica, appare innanzitutto evidente che da tempo i settori più reazionari del mondo politico e religioso occidentale erano alla ricerca di pretesti «scientifici» cui ancorare le loro offensive puritane e restauratrici. Un primo tentativo fu compiuto alla fine degli anni '70 con una raffica di informazioni più o meno terroristiche sulle malattie veneree. Per un certo tempo si cercò di dare a credere che gli antibiotici non potevano più opporsi validamente allo spirocheta o al gonococco e che noi tutti (e in primo luogo i

giovani) eravamo destinati a buscarci la sifilide o la blenorragia qualora non abbandonassimo i «costumi promiscui della modernità».

Sennonché, in barba a quelle lugubri profezie, sifilide e blenorragia non sono affatto dilagate negli ultimi anni.

«L'operazione sifilide» degli anni '70 era da poco esaurita quando ebbe inizio – come sempre negli Stati Uniti, culla di ogni isterismo collettivo dell'Occidente – l'operazione «Herpes genitale».

Per qualche mese sembrò che questa malattia, descritta come un flagello terribilmente contagioso e inarrestabile, stesse per abbattersi su noi tutti e divorare come una lebbra i nostri organi sessuali. Poi si scoprì che il contagio non era così spaventoso e che i pochi soggetti colpiti potevano continuare una vita sostanzialmente normale sotto il profilo sia lavorativo che sessuale.

CAPITOLO QUINTO

L'AIDS: UN'OCCASIONE D'ORO PER I TERRORISTI ROSSI E NERI

Ma l'AIDS sembrò davvero l'occasione d'oro. Qui si delineava una malattia *non solo sessuale* (come dev'essere un morbo efficacemente sfruttabile a fini terroristici), *ma mortale e invulnerabile agli arsenali medici esistenti.*

Una malattia che, per di più, aveva il suo fulcro di massima concentrazione in due minoranze devianti (omosessuali e tossicodipendenti) caratterizzate non di rado da comportamenti davvero promiscui.

Una malattia che, *dulcis in fundo,* molti specialisti consideravano destinata a diventare epidemica, trasformandosi in una vera e propria «peste del 2000», e che poteva essere evitata solo con mezzi preventivi, cioè (*Deo gratias!*) con la rinuncia totale ai rapporti sessuali o con la loro limitazione a partner di cui fosse nota *la fedeltà e la buona salute... da almeno 15 anni* (poiché a tanto, in breve volger di lune, fu prolungato il presun-

to periodo di incubazione della malattia, dato che molti sieropositivi non si decidevano a morire e neppure ad ammalarsi, nonostante le profezie iettatorie dei cosiddetti «esperti»).

Insomma *l'AIDS sembrava una malattia inventata su misura per i sessuofobi di ogni stampo e di ogni Paese e, difatti, in parte lo era.*

Quattro furono le menzogne indispensabili a trasformare questa malattia *d'una minoranza di alcune minoranze* in una peste terrificante e in uno strumento di restaurazione conformista.

La *prima menzogna* fu di proclamare che il morbo minacciava l'intera popolazione. A distanza di 15 anni l'AIDS resta una malattia limitata a certi gruppi a rischio, ma ciò non impedisce a certi «esperti» di terrorismo di annunciare nuovi, spaventosi «progressi» dell'epidemia.

La *seconda menzogna* fu di proclamare che i sieropositivi, cioè coloro che avevano sviluppato una reazione immunologica al presunto virus, erano condannati a rapida morte. Sono invece milioni i sieropositivi in ottima salute a distanza di 5-15 anni dalla diagnosi di AIDS.

La *terza menzogna* fu di proclamare che la malattia si diffondeva attraverso il normale rapporto eterosessuale, anche al di fuori dei gruppi a rischio. Anche quest'asserzione è del tutto confutabile.

La *quarta menzogna* fu di indicare nelle prostitute (da sempre capri espiatori di queste campagne moralizzatrici) un pericoloso veicolo di contagio. Come s'è visto, a tutt'oggi, al di fuori delle tossicodipendenti le prostitute malate sono lo 0,0001% della categoria.

Erano quattro asserzioni infondate, ma furono tutte prontamente confezionate e irresponsabilmente propagate.

Capitolo sesto

LA TRADIZIONE TERRORISTICA NEL MONDO MEDICO

Quest'analisi delle radici del terrorismo non sarebbe completa se non approfondisse anche un fenomeno inquietante e a prima vista paradossale: *la strana disponibilità di una parte cospicua della classe medica a sostenere con tutto il peso della «scienza» le posizioni dei settori più retrivi e repressivi del mondo politico e religioso.*

È una tendenza che, come si è già accennato nella prefazione e nella parte terza, ha tradizioni antiche.

Essa anzi costituisce un filo rosso che, significativamente, riaffiora di continuo lungo il cammino della scienza medica. Ma, col diffondersi delle malattie sessuali nel XV e XVI secolo, questi ricorrenti ancoramenti sessuofobici di una parte della classe medica cominciarono ad accentuarsi anche se alcuni autori, come Giovanni Sinibaldi, seppero peraltro conservare un atteggiamento più imparziale e sereno.

Nel suo trattato *Geneantropeia*, pubblicato nel 1642 e già nel 1658 diffusosi anche in Inghilterra, accanto ad alcune comprensibili superstizioni, Sinibaldi propone considerazioni sagge e rasserenanti come questa:

> Vorrei tuttavia raccomandarti, caro lettore, di non pensare che il godimento dell'impulso generativo debba essere pagato con sciagure e dolori. La natura sarebbe stata davvero troppo ingannatrice se avesse ordinato le cose in modo tale da danneggiare i genitori nel momento stesso in cui procreano. Al contrario, essa fa ricavare dall'atto sessuale non solo piacere ma anche vantaggi... Procediamo quindi ad esaminare i molti effetti salutari che si possono trarre dall'atto sessuale. Il sesso, per esempio, è buono per il flegma, per certi epilettici, per i depressi e, del resto, per molti altri malati di mente, compresi i furiosi. Esso è inoltre un buon cosmetico. Non c'è nulla di meglio d'un moderato uso del sesso per restaurare l'elasticità della pelle e della carne... Vediamo ogni giorno che certi adolescenti allampanati e patiti diventano più floridi e vigorosi appena cominciano a lavorare la carne della donna. E anche più evidenti sono gli effetti positivi sulle ragazze: non appena cominciano a gustare il frutto, il loro volto si illumina e il loro corpo diventa più leggiadro.

L'astinenza, secondo Sinibaldi, produce viceversa una quantità di «febbri spermatiche»[1].

Anche nel' 700 troviamo in alcuni medici, come John Hunter, molto equilibrio e una buona dose di oggettività scientifica. Ecco per esempio come Hunter tratta acutamente il tema dell'impotenza:

> Un mio paziente si lamentò con me di aver perso la sua virilità e mi disse anche che questa sventura derivava dal desiderio di compiere bene con la donna l'atto sessuale: ma

> proprio questo desiderio gli produceva nella mente il timore di non riuscire, che a sua volta lo incapacitava all'atto... Gli dissi allora di provare ad andare a letto con questa donna ripromettendosi tuttavia preliminarmente di non avere con lei alcun rapporto per almeno sei notti e lasciando al tempo stesso piena libertà a tutti gli altri suoi desideri ed inclinazioni. Lo pregai di farmi conoscere i risultati di questa mia prescrizione. Circa 15 giorni dopo egli venne da me per comunicarmi felice che quel comportamento aveva prodotto in lui una così totale modifica del suo stato d'animo che la sua forza virile si era ben presto ripristinata[2].

Come si vede, Hunter aveva anticipato di duecento anni almeno le terapie sessuali comportamentiste di Masters e Johnson...

Già nel XVIII e soprattutto nel XIX secolo, tuttavia, parallelamente all'emergenza delle classi borghesi e della loro morale più rigida e conservatrice, gran parte dei medici si trasformarono in veri e propri paladini della repressione sessuale tradizionale.

Capitolo settimo

MASTURBAZIONE E SADISMO MEDICO

Una delle espressioni più vistose di questo ruolo repressivo che certe «autorità mediche» si assunsero sempre più stabilmente in Occidente fu *il terrorismo nei confronti della masturbazione.* Ma anche l'attività sessuale al di fuori del matrimonio fu dipinta a fosche tinte e l'ombra del sospetto non tardò ad estendersi perfino alla sessualità matrimoniale.

La masturbazione fu presto additata come causa centrale delle malattie più orrende: dalla pazzia alla cecità, alla paralisi progressiva, all'erisipela, alla malaria.

Tipico, sotto questo profilo, è il trattato su *Le funzioni e i disordini degli organi riproduttivi* pubblicato da William Acton nel 1857[1]. Merita d'essere citato in qualche suo passo essenziale perché Acton fu il ginecologo della Regina Vittoria e uno dei più venerati esponenti della scienza medica del suo tempo.

Secondo Acton, dunque, ogni forma di precocità sessuale è foriera di gravi pericoli per la salute dell'adolescente e dell'adulto.

Il bravo Acton aveva però pronti i rimedi contro questi rischi: esercizi violenti e durezza educativa.

> I getti di acqua gelida sugli organi sessuali dei fanciulli sovreccitabili sono estremamente benefici: questo semplice trattamento basterà spesso a curare quella eccitabilità che produce, altrimenti, tante malattie mentali e sessuali[2].

Acton, infine, con tutta la sua «autorità scientifica» andava al nocciolo del problema, prodigandosi a segnalare i gravi rischi inerenti all'orgasmo sessuale, un'esperienza «terribilmente pericolosa» sia all'interno che al di fuori del matrimonio, nella masturbazione come nel coito:

> Talmente estremo – scriveva – è il parossismo prodotto nel sistema nervoso dall'orgasmo, che il suo effetto immediato è carico di rischi. Non pochi uomini col cuore debole sono morti nel compimento dell'atto. Non è certo raro apprendere che qualche sventurato muore nella notte stessa delle nozze o viene ritrovato cadavere in un bordello, senza segni di avvelenamento o di violenza. La causa di questi decessi, indubbiamente, va cercata nell'improvviso shock nervoso dell'orgasmo[3].

Ho citato più estesamente Acton perché era un medico molto illustre ai suoi tempi. Ma dietro a lui stava una turba di colleghi altrettanto folli, anche se meno famosi, che non esitavano ad estendere i danni degli «eccessi sessuali» perfino alla prole dei «peccatori».

Benjamin Rush, autore del primo trattato americano di psichiatria, scriveva già nel 1812:

> Gli effetti morbosi della intemperanza sessuale delle donne sono relativamente deboli e transitori al confronto della sequela di danni che il vizio solitario infligge alla mente e al corpo dell'uomo: impotenza, disuria, tabe dorsale, tubercolosi, dispepsia, cecità, vertigini, epilessia, amnesia, idiozia e morte[4].

Non fu di certo una voce isolata, ma piuttosto un volenteroso pioniere di un coro che annoverò la maggior parte del mondo medico in genere e di quello psichiatrico in particolare.

Nel 1839 uno dei più noti psichiatri inglesi, Sir William Ellis, scriveva che «la causa di gran lunga più frequente dell'idiozia è la pratica perniciosa della masturbazione» e, pochi anni dopo, l'elenco dei guasti prodotti da questa pratica si estendeva all'isteria, all'asma, alla depressione, all'epilessia, alla mania di grandezza, alla schizofrenia, alla paralisi generale e alla coazione suicida. Non c'è da stupirsi se ben presto, per fermare quella «peste» così brillantemente individuata, dalle parole si passò ai fatti: e furono fatti davvero atroci e cruenti.

CAPITOLO OTTAVO

ORRORI DELL'ERA VITTORIANA

Già nel 1858 il dr. Isaac Baker Brown, presidente dell'Ordine dei Medici di Londra, si era fatto paladino dell'asportazione chirurgica del clitoride per curare l'epilessia, l'isteria e in genere gli attacchi convulsivi[1].

E J.L. Milton nel suo trattato *Patologia e terapia della spermatorrea* (Londra, 1887) raccomandò l'anestetizzazione del pene dei masturbatori mediante unguenti al mercurio rosso[2]. Anche la cauterizzazione del midollo spinale e dei genitali continuò a comparire nei testi medici americani fino al 1905, e in qualche caso anche dopo il 1925, insieme ad altri interventi chirurgici, come contromisura valida e riconosciuta per combattere la masturbazione.

Anche le ragazze che cadevano nelle mani di questi perniciosi psicopatici travestiti da scienziati rischiavano un calvario degno di un film dell'orrore.

Nel 1894, per esempio, il dr. A. Eyer, medico dell'Ospedale pubblico di San Giovanni nell'Ohio, pubblicava orgogliosamente sulla *Rivista Medica Internazionale* di Philadelphia una relazione intitolata *La clitoridectomia per la cura di alcuni casi di masturbazione nelle fanciulle*, nella quale raccontava come avesse tentato inizialmente di curare le tendenze masturbatorie di una bambina cauterizzandone il clitoride.

Poiché ciò non era bastato, un altro chirurgo aveva cercato di seppellire quanto restava del clitoride con una sutura in filo d'argento. Ma la bambina aveva strappato il filo e ripreso la pratica masturbatoria. Allora, si era provveduto all'asportazione chirurgica dell'intero organo.

Sei settimane dopo l'operazione – riferiva soddisfatto il dr. Eyer – la bambina gli aveva detto: «Ora non posso più fare quelle brutte cose, perché lì non c'è più niente»[3].

Non fu, si badi, un delirio solo anglo-americano. Al contrario. L'ondata terroristica era nata in Francia con l'opera di Samuel Auguste Tissot *L'Onanismo – Trattato sulle malattie prodotte dalla masturbazione* (1758) e poi con quella di Jean Etienne Esquirol, che fin dal 1816 aveva indicato nella masturbazione una causa di follia «ormai riconosciuta in tutti i Paesi». Autori tedeschi avevano successivamente aggiunto la cecità, il suicidio, la depressione e l'epilessia alla lista dei danni provocati dal «vizio solitario».

E non fu, si badi, una follia limitata a pochi anni. Essa infuriò dalla metà del '700 fin quasi alla metà del '900. Ancora negli anni '30, nei cataloghi di strumenti chirurgici ed ortopedici figuravano mostruose apparecchiature per combattere la masturbazione: cinture metalliche di castità per le donne, astucci contentivi per il

pene con tanto di aculei e contatti elettrici interni per bloccare l'erezione o segnalarla con un campanello nella camera dei genitori, manette e camicie di forza per gli adolescenti «incorreggibili» dei due sessi.

Non c'è qui spazio per descrivere anche sommariamente gli orrori di quegli anni. Volevo solo mostrare quanto antica e radicata sia, nella classe medica, la tendenza al terrorismo sessuale. È una tendenza che, come ha scritto Alex Comfort, ha assunto molte forme, senza mai cambiare, tuttavia, il suo atteggiamento psicologico di fondo:

> Mentre per il teologo medioevale la gratificazione sessuale era solo peccaminosa, per il protestante facoltoso essa era già divenuta peccaminosa e malsana. Per il razionalista e per il medico del XIX secolo essa si trasformò in una pratica non solo malsana ma perniciosa, capace di produrre le malattie più atroci e letali. Per il consulente familiare «moderno» essa è infine diventata un deprecabile «segnale di immaturità»: è questo l'ultimo squittio dopo i ruggiti terroristici degli «esperti» dei secoli scorsi[4].

Capitolo nono
LUMINARI... OSCURANTISTI

È nella scia di questa tradizione sessuofobica che, a mio parere, va collocato anche l'atteggiamento di molti medici illustri sull'AIDS.

Significativo, per esempio, è che Luc Montaigner, luminare mondiale della virologia e «scopritore» del virus dell'AIDS (anche se quest'ultimo titolo gli è contestato da Robert Gallo), abbia iniziato una sua relazione «scientifica» a Città del Messico con le parole:

«La decadenza dei costumi sessuali è certamente alla base di questa malattia»[1].

È un linguaggio che ricorda da vicino quello dei luminari ottocenteschi più sopra citati.

E analogamente diventa più comprensibile perché in un apposito paginone dedicato all'AIDS da un grande giornale nazionale all'inizio del 1987 una nostra «specialista» annunci con un articolo a otto colonne che «il contagio è molto difficile *se si esclude il sesso*» [sic!][2].

(Beninteso, resta da capire perché tanti medici abbiano finito per rubare ai preti il mestiere, senza neppure accorgersene. Ma di questo problema ci occuperemo più avanti.)

Opportunamente «corretta» nella sua realtà epidemiologica e clinica, l'AIDS è dunque diventata la malattia ideale per certi ambienti sessuofobici che da vari anni cercano di cancellare la liberalizzazione del costume realizzata nell'ultimo mezzo secolo dalla cultura laica, in quanto intuiscono senza particolari elaborazioni critiche, ma con l'istinto sicuro dei nevrotici, che *una restaurazione sessuofobica è pre-condizione e strumento basilare del processo di restaurazione politica e religiosa da loro perseguita.*

Nella presentazione artefatta che ne hanno dato vari «esperti» avidi di notorietà, di carriere facili e di finanziamenti sontuosi, l'AIDS rinforza infatti con tutto il peso della «scienza» (la nuova religione del nostro tempo) il rilancio della monogamia matrimoniale, della famiglia e dell'etica repressiva, rilancio tentato invano nell'ultimo ventennio dai conservatori di destra e di «sinistra» e dai clericali d'ogni Paese.

In quest'ottica psicopolitica non può davvero stupirci di trovare fianco a fianco nelle campagne terroristiche sull'AIDS Ronald Reagan, Margaret Thatcher, Jacques Chirac, le sette fondamendaliste americane, gli integralisti islamici e cattolici e certi dittatori comunisti alla Fidel Castro o alla Nicolae Ceausescu, che hanno presentato l'AIDS come un tipico prodotto del putrido mondo capitalista o addirittura dello spionaggio americano: *senza spiegare, tuttavia, perché mai la CIA avrebbe diffuso il temibile virus proprio nella popolazione americana anziché in quella sovietica o cinese o cubana.*

Ma cercare un po' di razionalità nelle «spiegazioni» dei fanatici è un'impresa vana: come per i fanatici clericali l'AIDS «deve essere» opera del Demonio e del «Vizio», così per i fanatici comunisti l'AIDS «deve» essere opera dei *loro* Belzebù: il capitalismo e la CIA.

CAPITOLO DECIMO

MOTIVAZIONI ECONOMICHE E CARRIERISTICHE DEL TERRORISMO

Tratteggiati i fattori che stanno a monte del terrorismo psicologico di un certo mondo medico, politico e religioso, sarebbe comunque ingenuo sottovalutare le potentissime motivazioni economiche e carrieristiche che di quei fattori sono state e sono le naturali alleate. (Del resto, una motivazione economica e carrieristica appartiene, in quanto tale, alla sfera della psicologia. Ma quando, come è accaduto con l'AIDS, diventa talmente forte da travolgere le regole basilari dell'etica scientifica e professionale, essa appartiene anche alla sfera della psicopatologia e della criminologia.) Personalmente avevo commesso l'errore di sottovalutare queste motivazioni, ma una sommaria rassegna delle informazioni disponibili in materia (e non sono di certo le più scottanti) mi ha costretto a ricredermi.

Il quadro degli interessi costituiti che sostengono il terrorismo non sarebbe completo se non si menzionassero anche i baroni della medicina, della ricerca e dell'assistenza pubblica e privata.

Rand Stornburner, direttore della Divisione per le Ricerche sull'AIDS al Dipartimento di Sanità dello Stato di New York, ha fatto una gravissima dichiarazione già alla fine degli anni '80:

> In molti ambienti scientifici si è ritenuto che, se la malattia fosse stata presentata come una patologia circoscritta agli omosessuali e ai drogati, essa non avrebbe attratto l'attenzione dell'opinione pubblica e delle autorità: di quelle autorità, in particolare, che hanno il potere di stanziare i fondi necessari ai programmi di ricerca... Chi ha ritenuto, insomma, che una malattia limitata a pochi gruppi a rischio non avrebbe destato sufficiente preoccupazione, è stato indotto, forse anche inconsciamente, a distorcere i dati e a far sì che la malattia apparisse come un pericolo per tutti[1].

Un altro esperto americano ha dichiarato al *Los Angeles Times*:

«Se l'AIDS non fosse stata vista come una sindrome minacciosa anche per gli eterosessuali, i soldi non sarebbero mai arrivati»[2].

E di soldi ne sono arrivati e ne arriveranno tanti, non solo ai ricercatori ma anche ai dirigenti dei programmi di assistenza.

È una giostra di miliardi che rischia di mettere in crisi i bilanci sanitari, e non solo sanitari, dei vari Stati. Negli Stati Uniti, che hanno strumenti di valutazione e informazione ben più accurati dei nostri, si calcola nell'ordine di 12 miliardi di dollari (18.000 miliardi di lire) il costo annuo dei programmi di assistenza.

A sua volta, la sola ricerca già assorbe annualmente negli Stati Uniti circa 1.500 miliardi di lire.

Quanto all'Italia, solo nel 1988 il governo ha destinato 400 miliardi al piano anti-AIDS che comprende programmi di ricerca e assistenza straordinaria nonché, com'è di rigore in un Paese ove tutto si traduce in clientelismo politico, l'assunzione, nei ranghi già pletorici del nostro personale sanitario, di altri 2.500 medici e paramedici «specializzati»: anche se resta un mistero come possano esserci tanti specialisti nostrani di una malattia ancora sostanzialmente sconosciuta.

Insomma, dal polverone sollevato intorno all'AIDS sono emerse già chiaramente molte gloriose e lucrose carriere per molti.

E nel 1990 sono stati stanziati altri 2.500 miliardi anche a beneficio dei vari De Lorenzo e Poggiolini.

Del resto, già nel novembre 1986 l'autorevole *New York Times* aveva amaramente commentato in un suo editoriale:

> Le esagerazioni sui rischi dell'AIDS sono dovute anche ai dirigenti dell'assistenza e della ricerca medica, i quali cercano così di accrescere le loro dotazioni di bilancio.

Capitolo undicesimo

PERCHÉ IL TERRORE?

Quand'anche si riescano ad individuare alcuni dei fattori psicologici, religiosi, politici od economici che hanno portato a forzare in senso terroristico le campagne di cosiddetta informazione pubblica e privata sul fenomeno AIDS, bisogna poi cercare di comprendere *come e perché quel terrorismo abbia potuto far presa sull'opinione pubblica.*

Senza dubbio, il potenziale terroristico di una campagna è direttamente proporzionale all'autorevolezza e alla potenza mediatica della fonte che la conduce.

Se qualcuno si mettesse a gridare per strada che sono sbarcati i marziani, sicuramente i passanti non lo prenderebbero sul serio ed anzi penserebbero soltanto che è un povero picchiatello. Ma se ad annunciare l'invasione dei marziani è la radio nazionale (sia pure nel quadro di un programma di varietà) può scatenarsi un pande-

monio, come avvenne nell'America degli anni '30 con la famosa trasmissione ideata da Orson Welles.

Tanto maggiori, sotto questo profilo, sono quindi in Italia le responsabilità delle grandi reti radiotelevisive che hanno spesso superato l'allarmismo della «stampa gialla», in questa sciagurata vicenda dell'AIDS.

Ma, accanto al fattore «autorevolezza della fonte» (da porre davvero tra virgolette, in questo caso), altri fattori devono aver giocato. In fondo, almeno i tre quarti delle informazioni radiotelevisive sono di carattere angosciante (guerre sanguinose, attentati terroristici, fatti cruenti, incidenti mortali e altre piacevolezze) ma non per questo si scatenano tra gli ascoltatori ondate di disperazione o impulsi suicidi.

CAPITOLO DODICESIMO
UNA CREDULITÀ DIFFUSA

Nel caso dell'AIDS deve esserci stata una diffusa vulnerabilità del pubblico al terrorismo, una diffusa disponibilità a dare credito ai profeti isterici o ai cinici inventori della «peste del 2000».

Perché dunque questa particolare vulnerabilità e credulità dell'opinione pubblica nel caso dell'AIDS?

Può essere utile, anzitutto, ricordare che la modernizzazione culturale del nostro secolo, pur avendo fortemente attenuato i divieti moralistici tradizionali in campo sessuale, *non ha saputo produrre né un'etica né una poetica della sessualità.*

La cultura laica ha ottenuto senza dubbio una notevole liberalizzazione della morale repressiva tradizionale, ma non è riuscita ad elaborare nuovi valori morali, sociali ed estetici per la sessualità via via sottratta alla repressione.

Come ho rilevato altrove[1], la cosiddetta rivoluzione sessuale degli anni '60 non ha radicalmente cambiato la scissione interiore dell'uomo e della donna occidentali in campo sessuale. Ne ha solo rovesciato il segno.

Per la cultura romantica era nobilissimo innamorarsi ma abbietto accoppiarsi. Per la cultura occidentale degli anni '60 e '70 era doveroso «scopare» ma era ridicolo innamorarsi: «Sex without Love» (*Sesso senza Amore*) proclamavano i manifesti demenziali dei «sessantottini».

L'essere umano, insomma, è rimasto scisso dopo la «rivoluzione sessuale» *come lo era prima e la sua esperienza sessuale è rimasta più che mai priva di qualsiasi profondo ancoramento etico e poetico.*

Anzi, la situazione è forse peggiorata. Già Herbert Marcuse aveva acutamente segnalato il fenomeno della cosiddetta *desublimazione repressiva*: mentre, infatti, nella cultura romantica l'amore, sia pure non consumato, era considerato un'esperienza sublime e la sessualità stessa, sia pure satanizzata, aveva mantenuto i tratti sovrumani e grandiosi della tradizione cristiana, con la liberalizzazione del nostro secolo si è prodotto un processo, appunto, di desublimazione repressiva, cioè di banalizzazione dell'esperienza sessuale che riduce l'erotismo a pura fisiologia e censura le grandi emozioni connesse al desiderio e alle sue elaborazioni psichiche.

Insomma, il sesso, gigante criminalizzato e incatenato, è stato liberato ma al tempo stesso spogliato di qualsiasi valenza ideale o sociale che potesse sostituire i valori della sublimazione e della repressione tradizionali: castità, matrimonio, procreazione, ecc.

In queste condizioni, il rischio di una regressione ai vecchi tabù e alle vecchie colpevolizzazioni era e resta alto. Il fenomeno AIDS *si innesta anche qui.*

CAPITOLO TREDICESIMO

LE RADICI DELL'ANGOSCIA MODERNA

A mio parere, tuttavia, la facilità con cui il terrorismo in materia di AIDS si è prodotto e si è imposto sta ad indicare anche *una diffusa condizione di angoscia esistenziale che caratterizza l'attuale periodo storico,* dopo il crollo delle illusioni rivoluzionarie degli anni '60 e '70 e che ho cercato di analizzare in una cruciale ricerca dei primi anni anni '80[1].

Questa ricerca mi ha persuaso che l'*angoscia* ha avuto un ruolo determinante nella genesi e nelle vicende delle culture umane. Vediamo come e perché.

In alcune delle sepolture più antiche del paleolitico medio, a volte databili a 100.000 anni fa, sono state trovate armi da caccia e cibo fossilizzato. I primi documenti di cultura umana nel senso tecnologico del termine (per esempio le armi in pietra scheggiata) sono

notoriamente più antichi. Ma se, conforme alla famosa definizione di Edward Tylor (sostanzialmente adottata dalla maggior parte degli antropologi contemporanei), consideriamo la cultura umana «l'insieme delle credenze, dei riti e dei costumi condivisi da un gruppo umano», *queste sepolture dell'era neandertaliana possono essere considerate la più antica espressione culturale dell'Homo Sapiens.* Esse ci sono state lasciate da una razza, appunto quella neandertaliana, ancora ricca di tratti scimmieschi e precedono di oltre 60.000 anni le successive, più antiche tracce di attività culturale umana: le pitture rupestri della Dordogna.

Per parte mia, sono giunto alla conclusione che *queste sepolture costituiscono anche una valida prova del fatto che la cultura umana è stata fin dai suoi primordi (e resta tutt'oggi) soprattutto una formazione reattivo-difensiva contro un trauma primario della nostra specie che definisco shock esistenziale:* e precisamente

> l'improvvisa e ricorrente ondata di panico e disperazione scatenata dalla morte nella mente dell'essere umano, quando questo divenne così tipicamente capace di intuire il suo destino di morte, di immaginare, attendere e prevedere il proprio annientamento, di partecipare così dolorosamente all'agonia e alla morte dei suoi simili e di ripetere quotidianamente questo tormento attraverso la memoria, il lutto e l'anticipazione[2].

Capitolo quattordicesimo
ANGOSCIA PRIMARIA E DIFESA RELIGIOSA

L'uomo reagì a questa angoscia primaria e ricorrente negando la morte e sviluppando fantasie e profezie di una vita ultraterrena. Queste fantasie e promesse costituiscono quindi, non a caso, il comune denominatore di tutte le religioni conosciute: dalle più primitive alle più elaborate, dalle più antiche alle contemporanee.

La difesa religiosa contro l'angoscia di morte, tuttavia, non tardò a degenerare in modo cruento.

Ben presto la morte fu percepita dall'uomo come una punizione per una colpa antica – la brama umana di amare e di conoscere – che aveva spinto l'uomo ad infrangere la Legge Divina. Il mito biblico del Genesi è solo la più famosa di queste elaborazioni. Adamo ed Eva violano l'ordine di Dio e gustano il Frutto Proibito dell'albero della Vita e della Conoscenza. La punizione divina li colpisce immediatamente, cacciandoli dal Pa-

radiso Terrestre *e condannandoli a diventare mortali.* Tuttavia, *se il Paradiso era stato perduto a causa della brama umana di amare e di conoscere, l'uomo poteva riconquistarlo e riavere così la felicità e l'immortalità perdute solo reprimendo quella brama e sottomettendosi alla castità e ai dogmi dell'autorità religiosa.*

Qui, dunque, starebbero le radici della tragica persecuzione che ha così spesso colpito la *sessualità e il pensiero indipendente* nella storia della cristianità e di tante altre civiltà[1].

Ma l'interpretazione della morte in termini di colpa e punizione ebbe molti altri rovinosi effetti sul comportamento dei gruppi umani.

A mio parere, un intenso bisogno di placare il proprio ossessivo senso di colpa e la propria tormentosa angoscia di morte, di propiziarsi le Divinità offese e di conquistare il passaporto per la Salvezza, la Felicità e l'Immortalità, è stato e resta il fattore primario di quella *diffusa inclinazione delle masse umane e comportamenti masochisti* (rituali espiatori, quotidiani o supremi sacrifici per la Chiesa, lo Stato o il Partito, passiva soggezione all'autorità) che le scienze sociali hanno spesso rilevato e denunciato ma non hanno mai saputo spiegare in modo persuasivo.

L'essere umano, tuttavia, tentò ben presto di liberarsi da questo senso di colpa primario, ricorrente e intollerabile *anche con modalità più atroci di quelle puramente espiatorie.*

Attraverso il ben noto meccanismo della *proiezione paranoidea,* l'uomo proiettò la sua colpa su altri gruppi umani: sui miscredenti, sui nemici del vero di Dio e della vera Fede. Ma poiché ogni gruppo umano aveva il suo vero Dio da propiziare e da imporre, questo meccanismo ha dato luogo ad una conflittualità cronica e

universale tra le culture, le chiese e le società che ha insanguinato il corso intero della storia umana.

Due vistosi e finora inesplicati fenomeni della nostra specie – il suo diffuso *masochismo* e la sua tremenda *aggressività intraspecifica* – possono forse essere finalmente compresi, alla luce di quest'analisi, *come inevitabili sottoprodotti dell'elaborazione espiatoria e paranoidea dell'angoscia di morte tra gli umani.*

E parimenti l'annosa, inconcludente diatriba tra innatisti e ambientalisti sulla distruttività umana e sull'origine della guerra sembra qui trovare una soluzione nuova e persuasiva: questa tragica distruttività, che ha prodotto attraverso i millenni tante stragi e sofferenze, *non è innata né socialmente indotta ma è essenzialmente un effetto della reazione psichica dell'essere umano alla sua drammatica condizione esistenziale*[2].

Capitolo quindicesimo

IL CROLLO DELLA DIFESA RELIGIOSA...

Per alto che ne fosse stato il prezzo di sangue e di dolore, *la difesa religiosa, con le sue splendide promesse di felicità e immortalità ai seguaci della Vera Fede, protesse efficacemente l'essere umano dalle sue angosce di morte per migliaia di anni.*

Verso la fine del XIV secolo, tuttavia, questa barriera millenaria cominciò a crollare in Europa, sotto i colpi di fattori esterni e interni di disgregazione.

Il massimo *fattore interno* di erosione della difesa religiosa fu *la paura della dannazione,* terroristicamente diffusa dai predicatori degli Ordini Mendicanti, e la conseguente, inarrestabile «escalation» delle prescrizioni espiatorie e penitenziali.

A poco a poco il terrore della dannazione eterna finì per superare quello della morte. In altre parole, *la difesa religiosa eretta dalla mente umana per esorcizzare l'ango-*

scia di morte finì per scatenare più angoscia della morte stessa, cosicché la prospettiva del proprio totale annientamento finì per sembrare preferibile a un destino di tormento eterno nell'aldilà.

I *fattori esterni,* cioè ambientali, che scossero le credenze religiose scaturirono notoriamente dalla diffusione del pensiero razionale e scientifico durante e dopo il Rinascimento. Questa progressiva erosione continuò durante i secoli XVI e XVII finché, *con l'Illuminismo, le certezze religiose crollarono drammaticamente.*

Capitolo sedicesimo
...E DI QUELLA POLITICA

Ma il meccanismo psicologico fondamentale che aveva prodotto in tutta la storia umana il fanatismo religioso – cioè la negazione della morte e l'elaborazione dell'angoscia della morte in termini di passività gregaria e di deliri paranoicali, di paradisiaci Millenni e di Guerre Sante per realizzarli – cominciò prontamente a produrre nuova passività gregaria e nuovi deliri paranoicali *sotto forma di nuovi movimenti salvazionisti: i movimenti totalitari del nostro secolo, volta a volta fascisti e comunisti,* che si sono significativamente sviluppati insieme alla estesa secolarizzazione delle classi intellettuali e delle masse popolari europee.

Le moderne versioni politiche del salvazionismo religioso, tuttavia, hanno ben presto rivelato la loro intrinseca debolezza e precarietà.

Anzitutto, perché esse non potevano rinnovare la promessa più seducente delle profezie religiose: l'immortalità dei seguaci della Vera Fede.

Inoltre, mentre le promesse religiose assicuravano una felicità ultraterrena che nessuno poteva controllare o verificare, le promesse dei movimenti totalitari del nostro secolo possono essere verificate (o falsificate) facilmente dall'esperienza individuale e storica.

Perciò, dopo quasi cent'anni di fallimenti sanguinosi, *i millenarismi politici di destra e di sinistra sembrano aver perduto ogni fascino,* almeno nella loro culla storica (l'Europa e i Paesi industrializzati) *e sopravvivono solo in alcune sacche di sottosviluppo del Terzo Mondo o, come nel mondo islamico, in simbiosi col fondamentalismo religioso.*

Alla luce di quest'analisi la crisi odierna appare dunque non più solo come l'ultima della lunga serie di crisi che ha costellato il corso della storia umana, ma come *la prova più drammatica* che l'uomo mai abbia dovuto fronteggiare fin dai tempi dei suoi primordi neandertaliani: *questa crisi, infatti, minaccia il modello basilare della cultura umana quale si è strutturato e perpetuato da 100.000 anni ad oggi attraverso la negazione della morte e l'elaborazione espiatoria e paranoidea dell'angoscia di morte.*

Capitolo diciassettesimo

ANGOSCIA FLUTTUANTE E PSICOSI DELL'AIDS

È probabilmente in questa cornice, in questo clima di angoscia fluttuante lasciato dal collasso dei salvazionismi religiosi e politici che per secoli avevano difeso la psiche occidentale dalla sua angoscia primaria, che va collocata anche la psicosi dell'AIDS, questo fenomeno di vertice e di massa che non sembra trovare valida spiegazione nei dati esigui della statistica epidemiologica né precedenti altrettanto vistosi nella storia sanitaria del nostro secolo.

Come tutti sappiamo, l'AIDS è, o è stata comunque presentata, soprattutto come una malattia *sessuale e mortale.* E nell'analisi psicostorica delle culture umane condotta nelle pagine precedenti si è visto che la trasgressione sessuale è stata percepita fin dai tempi più remoti come una causa, se non la *causa centrale,* della rovina e della morte dell'uomo.

L'AIDS inoltre colpisce due minoranze devianti – gli omosessuali e i drogati – che rappresentano simbolica-

mente, per i benpensanti della «Vera Fede», l'estrema ribellione dell'uomo contro le norme della legge divina. È vero che l'AIDS colpisce anche i poveri emofilici e i politrasfusi in genere, ma le dichiarazioni del defunto Donat Cattin, ministro clericale della Sanità («Questa malattia se la prende chi se la va a cercare») sono rivelatrici in proposito: la malattia *deve* essere una punizione e la categoria innocente *deve* essere quindi ignorata.

Questa malattia, infine, colpisce prevalentemente i giovani e scatena quindi il panico *anche in fasce di popolazione normalmente meno vulnerabili all'angoscia di morte.*

In quest'ottica mi sembra che si possa spiegare meglio anche la disponibilità della classe medica a vedere e indicare nell'AIDS la «peste del 2000».

Già abbiamo visto lo zelo con cui tanta parte del mondo medico terrorizzò nel secolo scorso l'opinione pubblica circa i presunti pericoli dell'attività sessuale «illecita» sia interpersonale che masturbatoria.

E già abbiamo visto come altre malattie sessuali (dalla sifilide all'herpes genitale) siano state presentate in chiave terroristica dalle autorità mediche e religiose.

CAPITOLO DICIOTTESIMO
I MEDICI E L'ANGOSCIA DI MORTE

Ma sarebbe ingenuo e ingiusto attribuire questo terrorismo dei medici a una loro particolare malvagità. Credo che esso vada piuttosto collegato *sia al particolare rapporto che intercorre tra il medico e la morte* sia alle particolari vicende che la difesa religiosa contro la morte ha avuto attraverso i secoli.

Si è trattato di un rapporto singolare e per molti versi paradossale, tanto nell'antichità quanto ai nostri giorni.

Nelle società preistoriche e in quelle primitive la medicina condivise con la religione la speranza, spesso anzi la promessa, dell'immortalità.

Non a caso la figura del medico e quella del sacerdote furono, all'origine, unificate nella figura dello stregone.

La tradizione medica moderna si caratterizza per una rinuncia, almeno a livello conscio, alle ambizioni mira-

colistiche di salvezza e di immortalità. Tale rinuncia si riassume nel motto della scuola salernitana «Medicus curat, natura sanat», che implicitamente esprime la resa della medicina alla morte quando l'organismo non è più in grado di risanarsi per vie naturali e di rispondere alle cure.

Ma, al di là di questa posizione cosciente, permangono anche nella medicina contemporanea *atteggiamenti e comportamenti sintomatici di una profonda angoscia di morte e di una sua sostanziale rimozione.*

Questa rimozione emerge innanzitutto nell'atteggiamento spesso freddo e distaccato che il medico assume verso l'angoscia e la disperazione dei moribondi o dei parenti.

Il fenomeno è stato studiato acutamente da vari sociologi.

Jean-Didier Urbain, per esempio, denuncia con molta efficacia, in un suo scritto recente, la condizione del moribondo:

> Nell'ospedale il moribondo subisce un triplice isolamento: *spaziale* (in quanto viene tenuto in disparte o dietro un paravento); *temporale* (in quanto si risponde con minor premura alle sue chiamate); e *relazionale* (in quanto la persona che si occupa di lui è sempre meno altolocata nelle gerarchie mediche). Ciò che importa, comunque, è sempre la dissimulazione del morire[1].

Anche Jeoffrey Gorer, autore già negli anni '50 di un saggio pionieristico intitolato *La pornografia della morte*, descrive e denuncia la crudele emarginazione del morente e perfino dei suoi familiari[2]. Nell'ospedale, ove ormai è quasi sempre confinato, il moribondo è tenuto il più a lungo possibile all'oscuro della sua condizione

perché si teme non sia in grado di essere discreto e stoico, insomma di attenersi a «uno stile accettabile di morte» (*an acceptable style of dying*), come dicono ironicamente Glaser e Strauss, autori di un'ottima indagine sul comportamento del personale medico degli ospedali americani nei confronti dei moribondi e dei loro familiari[3].

Tutto questo è indubbiamente terribile e indubbiamente vero. Mi sembra però inaccettabile la facile condanna moralistica con cui molti di questi autori denunciano il comportamento dei medici. Non serve criminalizzare una classe o una professione. Mi sembra più utile studiare e comprendere *i motivi di certi suoi comportamenti.* Se teniamo presente il particolare rapporto del medico con la morte, credo che possiamo meglio capire certi suoi comportamenti deprecabili, *compresi quelli emersi in relazione al fenomeno AIDS.*

Proprio in quanto è stato fin dalle origini più direttamente in contatto con la realtà agghiacciante della malattia, dell'agonia, della morte e della putrefazione (non dimentichiamo che l'anatomia dei cadaveri è stata e resta l'iniziazione traumatica alla professione), *il medico ha dovuto erigere difese particolarmente forti contro l'angoscia di morte.* Così, mentre il suo lavoro lo metteva costantemente di fronte alla tragica condizione dell'uomo in quanto entità corporea e corruttibile, la sua emotività più o meno cosciente e rimossa ne faceva e ne fa l'alleato naturale di ogni meccanismo di negazione e di difesa contro l'angoscia esistenziale. Credo che così si possa spiegare meglio, per esempio, il dualismo spiccato di tanti medici cattolici: rigidamente materialisti e costituzionalisti quando si tratta del corporeo, e fervidamente rispettosi, al tempo stesso, dei dogmi ecclesiastici per tutto quanto attiene alle materie di fede.

CAPITOLO DICIANNOVESIMO

L'AIDS: UN «PRECIPITATO DI FANTASMI»

In quest'ottica psico-storica mi sembra che sia più agevole capire anche uno dei motivi centrali per cui il conformismo sessuofobico della classe medica si sia tanto accentuato proprio a partire dal XVIII secolo. È infatti con l'Illuminismo settecentesco che ha inizio la frana delle certezze religiose su cui per secoli aveva poggiato il principale meccanismo psicologico di difesa contro l'angoscia di morte. Certo, l'ascesa delle classi borghesi e del loro rigido moralismo ebbe la sua influenza, ma ciò che colpisce, nel processo storico, è l'evidente divaricazione tra questo rigido moralismo sessuale e la crescente laicizzazione del pensiero scientifico di quelle stesse classi borghesi.

Mi sembra evidente che *i medici dell'Ottocento, e spesso anche del nostro secolo, hanno tentato di ripetere il tradizionale esorcismo contro la morte attraverso la predicazione della re-*

pressione sessuale: non più tanto come strumento di salvezza ultraterrena ma come strumento di salute e longevità terrena.

L'AIDS ha probabilmente riattivato (non solo in vasti ambienti sociali e intellettuali colpiti dalla crisi epocale del crollo delle difese religiose e politiche contro l'angoscia di morte, ma anche in molti ambienti medici più profondamente minati dal loro quotidiano contatto con la morte) i fantasmi di quell'associazione tra piacere e dolore della carne, tra piacere sessuale e tragedia umana che sta alla radice dei miti millenari del peccato, della caduta e della maledizione dell'uomo.

Insomma, l'incontro tra una diffusa e fluttuante angoscia di morte e una malattia mortale collegata alla trasgressione sessuale, e più specificamente ai comportamenti devianti, ha prodotto probabilmente una *miscela esplosiva* che si è tradotta nella psicosi dell'AIDS tra le masse e i gruppi dirigenti, alla base e ai vertici, tra i profani e gli «esperti».

TAVOLE

Tavola 1 - AIDS: distribuzione casi in Italia (1995)

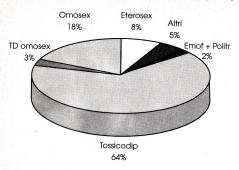



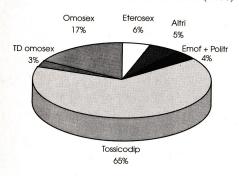
Tavola 2 - AIDS: distribuzione casi in Italia (1988)

Tav. 1 e 2. La distribuzione dei casi di AIDS nei gruppi a rischio ha subito variazioni molto modeste nel 1988 e nel 1995 (coa. Ist. Sup. San. AIDS in Italia - aggiornamenti 31 dic. 1998 e 31 dic. 1995).

Tavola 3 - Casi AIDS segnalati (1.291.810) - fine 1995

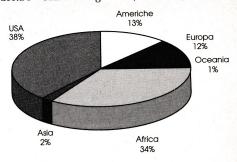



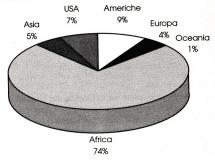
Tavola 4 - Casi stimati (6.000.000) - fine 1995

Tav. 3 e 4. L'AIDS nel mondo. Sopra: i casi registrati, sotto i casi «stimati». Poiché il numero dei casi di AIDS conclamata registrati in tutto il mondo in 15 anni (dal 1981) non è poi così impresssionante, è sufficiente ricorrere al trucco delle «stime» per rimpolparlo adeguatamente. Le stime sono congetture che non possono essere smentite... ma neppure provate. *(Weekly Epidemiological Record,* OMS, Ginevra, 50, 15 December 1995).

Tavola 5 - La strana epidemia «calante»

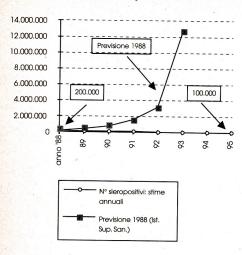
Prevalenza dei «sieropositivi» in Italia

Tav. 5. Nel 1988 fu prospettato un raddoppio del numero dei sieropositivi in Italia ogni 12 mesi (curva superiore). Come si può apprezzare dal grafico, tale previsione (in base alla teoria virale ed ai dati accumulati dopo 2 anni dall'introduzione del test) andò ben fuori misura. Infatti la stima annuale del numero dei sieropositivi mostra solo un *imbarazzante dimezzamento* (curva inferiore), durante gli anni dell'«esplosione epidemica». (Dati del ministero della Sanità, *Il medico D'Italia,* 1988, n. 12, pp. 1-6. COA. AIDS in Italia. Aggiornamenti al 31 dic. 1988 e al 31 dic. 1995).

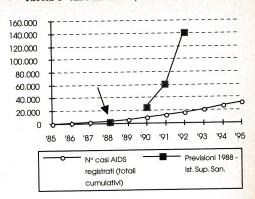
Tavola 6 - AIDS in Italia (Previsioni e realtà)

Tav. 6. Previsione dell'AIDS conclamata. Nel 1988, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, *il numero minimo atteso* dei casi di AIDS per gli anni successivi era di molto maggiore (curva superiore) al numero di casi effettivamente registrati (curva inferiore). (Dati del ministero della Sanità, *Il Medico D'Italia,* n. 12, 1988, pp. 1-6 e ISS COA. AIDS in Italia. Aggiornamenti al 31 dic. 1988 e al 31 dic. 1995).

Tavola 7 - Previsioni 1989

N° Casi di AIDS attesi			
secondo una:	anno 1990	anno 1991	anno 1992
curva esponenziale	24,214	57,302	135,402
curva cubica	14,284	24,393	39,349
curva quadratica	12,626	20,000	29,871
curva logistica	13,221	20,947	30,099
N° di casi effettivamente registrati, per confronto	9,097	12,905	17,127

Tav. 7. Nel 1989, vennero effettuate previsioni di sviluppo dell'«epidemia» secondo un ventaglio di modelli statistici, che si dimostrarono, ancora una volta, tutti errati.
Fonte COA riportato in G. Ippolito, *Infezione da HIV ed operatori sanitari,* Il Pensiero Scientifico Editore Roma Prima ed. 1990, pp. 40-41.

Tavola 8 - Mortalità in Italia '85-'92
(valori assoluti - dati ISTAT)

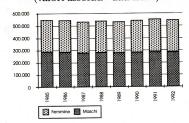



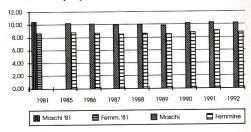
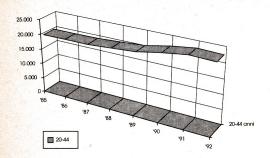
Tavola 9 - Tasso di mortalità in Italia per sesso
(per 1.000 abitanti) Dati ISTAT
Anni 1981 (pre-epidemia) e 1985 - 1992 (durante l'epidemia)

Tav. 8 e 9. La mortalità generale in Italia (Dati ISTAT) non ha subito variazioni percepibili durante l'esplosione della «peste» del 2000. Al contrario, la peste dei secoli passati era capace di uccidere porzioni considerevoli della popolazione colpita (quella del 1348, per es., uccise 2/3 della popolazione europea).
La mortalità nelle fasce d'età colpite dall'AIDS (20-44 anni) dimostra invece un certo aumento solo nei gruppi centrali (25-29 e 30-34 anni). I dati ISTAT pubblicati fino al 31 agosto 1996 arrivano al 1992. *(Decessi anno 1992,* Annuario n. 1, ed. 1995).

Tavola 10 - Mortalità in Italia (20-44 anni)

Tav. 10. La mortalità dei giovani nella fascia d'età dai 20 ai 44 ha registrato in Italia un modesto incremento tra l'85 e il '92 che, peraltro, non può essere attribuito con certezza alle patologie definite col termine di AIDS.

NOTE

PREFAZIONE

[1] «Contro l'AIDS, Reagan predica la castità», *Corriere della sera*, 4 febbraio 1987.

[2] «L'AIDS in confessionale», *Corriere della sera,* 31 gennaio 1987; «Anatema di Siri: l'AIDS punisce i peccatori», *La Repubblica,* 24 marzo 1987.

[3] Mie interviste a Maria Calderoni (*L'Unità,* 7 dicembre 1986), *Agenzia Italia,* 21 gennaio 1987, Paola Cordiè (*Paese sera,* 26 gennaio 1987) e Documentazione distribuita alla Conferenza stampa dell'AIECS l'11 febbraio 1987, pubblicata da quasi tutti i giornali italiani il 12 e 13 febbraio 1987. Vedasi anche nella parte quarta, «L'AIDS, un'occasione d'oro» e «Le radici dell'angoscia moderna», pp. 207 e 231.

[4] *Europeo,* 5 settembre 1987, p. 85.

[5] *Ibidem.*

[6] E. Biagi, *Il sole malato,* Milano, Mondadori, 1987, pubblicizzato su *Panorama,* 1° novembre 1987.
[7] E. Biagi, *op. cit.*, p. 178.
[8] *Ibidem,* p. 177.
[9] M. Pirani, *La Repubblica,* 13 gennaio 1987.
[10] M. Fini, *Europeo,* 10 gennaio 1988.
[11] F. Alberoni, *Corriere della sera,* 26 gennaio 1987.

PARTE PRIMA
LE MISTIFICAZIONI DELLA «SCIENZA UFFICIALE»

CAPITOLO PRIMO
CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

[1] The Group for a scientific Reappraisal of HIV/AIDS Hipothesis, 7514 Girard Ave., LA JOLLA, Ca. 92037.
[2] L. De Marchi, *AIDS, un libro bianco, anzi giallo,* Milano, Sugarco, 1987.

CAPITOLO SECONDO
L'ODISSEA DEI CONIUGI KRYNEN

[1] Citato in N. Hodgkinson, «The Plague that never was», *The Sunday Times,* 3 ottobre 1993.

CAPITOLO TERZO
IL METODO SCIENTIFICO

[1] «Sorpresa: l'eresia in medicina è dogmatica», *Tempo Medico,* 200, 1982, p. 64.
[2] G. Federspil, *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale,* Padova, Piccin, 1980.

CAPITOLO QUARTO
LA PRIMA MISTIFICAZIONE: LA «SCOPERTA» DEL VIRUS

[1] «Gruppo per la Rivalutazione Scientifica dell'Ipotesi HIV/AIDS», *Rethinking AIDS.*
[2] S. Connor, «AIDS: Science stands on trial», *New Scientist,* 12 February 1987, pp. 49-58.
[3] *Ibidem.*
[4] R.C. Gallo, «Isolation of HTLV-I in AIDS», *Science,* 1983, pp. 865-867.
[5] E. Barré-Sinoussi e L. Montaignier, «Isolation of a T-Lymphotronic Retrovirus from a patient at risk for AIDS», *Science,* 220, 1983, pp. 868-871.
[6] R.C. Gallo, M. Popovic *et al.* (4 articoli), *Science,* 224, 4 maggio 1984, pp. 497-505.
[7] J. Crewdson, «The Great AIDS Quest. Special report», *Chicago Tribune,* 19 novembre 1989.
[8] «R. Gallo accusato di truffa e falsità», *Tempo Medico* 25 marzo 1992, p. 18.
[9] S. Connor, «AIDS: Science stands on trial», *New Scientist,* 12 February 1987, pp. 49-58.
[10] E. Papadopulos-Eleopulos *et al.*, «Has Gallo proven the role of HIV in AIDS?», *Emergency Medicine,* 5, 1993, pp. 113-123.
[11] S. Connor, «AIDS: Science stands on trial», *New Scientist,* 12 February 1987, pp. 49-58.
[12] R. Weiss, «Provenience of HIV strains», *Nature,* 349, 1991, p. 374.
[13] R.C. Gallo e L. Montaignier, «L'AIDS nel 1988», *Le Scienze,* dicembre 1988, pp. 18-27.
[14] M. Lemaitre, L. Montagnier *et al.*, «Protestive activity of tetracycline», analogs against the cytophatic effect of the HIV in CEM cells., *Res Virol,* 141, 1990, pp. 5-16.
[15] «Multifactoriality is multi-ignorance. Most factors go away when we learn the real cause of the disease»; R.C. Gal-

lo, *Virus-Hunting - AIDS, Cancer, and the Human Retrovirus: A Story of Scientific Discovery,* New York, Basic Books, 1991.

[16] R.C. Gallo e L. Montagnier, «L'AIDS nel 1988», *Le Scienze,* dicembre 1988, pp. 18-27.

[17] P. Cotton «Co-factor Question Divides Codiscoverers of HIV», *JAMA,* 264, 1990, pp. 3111-2.

[18] Riferito da: E. Sorrentino, «Nel 2000 l'AIDS sarà l'epidemia dei poveri», *Corriere Medico,* 21-22 giugno 1990, p. 3.

[19] «AIDS, a different view», *Symposium,* Amsterdam 24-26 May 1992.

[20] *Ibidem.*

CAPITOLO QUINTO

LA SECONDA MISTIFICAZIONE: LA TEORIA UFFICIALE SULLE CAUSE DELL'AIDS

[1] Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, ministero della Sanità, *AIDS. Che cosa fai per te e per gli altri?* (opuscolo informativo), 1993.

[2] Ne è stato coniato anche uno nuovo limitatamente ad alcune condizioni, nel 1992 (ICL), al fine di tacitare obiezioni indiscrete.

[3] D. Minerva intervista a A. Fauci (Direttore del National Institutes of Health), «Maledetta proteina, ti ho presa!», *L'Espresso,* 6 giugno 1996.

[4] C. Bianco *et al.* - F. Aiuti *et al.*, «HIV-1 Infection in Homosexual men who Remain Seronegative for Prolonged Periods» (due lettere), *N Engl J Med,* 321, 1989, pp. 1678-9.

I. Comoli, «AIDS presto sotto controllo» (intervista a F. Aiuti: «Senza l'HIV non c'è l'AIDS»), *Donna Moderna,* 17 dicembre 1993, pp. 127-8.

[5] A. Nicoll, «AIDS Surveillance in Africa», *BMJ,* 303, 1991, pp. 1151-2.

K.M. De Cock *et al.*, «AIDS Surveillance in Africa: a reappraisal of case definition», *BMJ,* 303, 1991, pp. 1185-8.

G. Djomand, K.M. De Cock *et al.*, *Idiopathic CD4+ T-lymphocite depletion,* in a West African population AIDS, 8, 1994, pp. 843-847.

[6] ANSA-APP Kinshasa, «Sovrastimata la diffusione dell'AIDS in Africa», *Il Medico d'Italia,* 12, 16 febbraio 1988, p. 7.

[7] D.C.W. Mabey *et al.*, «Infezioni da retrovirus umani nel Gambia: prevalenza e caratteristiche cliniche», *BMJ* (ed. it.) 1988, 8, p. 299.

[8] P.H. Duesberg, «The HIV Gap in National AIDS Statistics». *Bio/Technology,* 11, 1993, pp. 955-6.

[9] W.C. Saxinger, M.G. Sarngadharan, R.C.Gallo *et al.*, «Evidence of exposure to HTLV-III in Uganda before 1973», *Science,* 227, 1985, pp. 1036-8.

[10] L. Rodriguez *et al.*, «Antibodies to HTLV-III among Aboriginal Amazonian Indians in Venezuela», *Lancet,* 1985, pp. 1098-100.

[11] W.R. Mac Kenzie *et al.*, «Multiple false-positive serologic tests for HIV, HTLV-I, and hepatitis C following influenza vaccination, 1991», *JAMA,* 268, 1992, pp. 1015-7.

[12] P. Duesberg, «AIDS Acquired by Drug Consumption and Other Noncontagious Risk Factors», *Pharmac Ther,* 55, 1992, pp. 201-277.

[13] D. Cafaro, *2° Rapporto ASPER,* Roma, Ed. ASPER, 1992.

[14] CDC 1994, «Facts about the Human Immunodeficiency Virus and its Transmission», *CDC HIV/AIDS preventio.*

[15] P.H. Duesberg, *Foreign-protein-mediated immunodeficiency in hemophiliacs with and without HIV.*

[16] E. Papadopulos-Eleopulos *et al.*, «Factor VIII, HIV and AIDS in heamophiliacs: an analysis of their relationship». *Gentica,* 95, 1995, pp. 25-50.

[17] P.H. Duesberg, «AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors», *Pharmac Ther.,* 55, 1992, pp. 201-277.

[18] J.W. Ward *et al.*, «The natural history of transfusion-associated infection with HIV», *N. Eng. J. Med.,* 321, 1989, pp. 947-952.

[19] Centro Operativo AIDS. ISS., *Aggiornamento casi di AIDS in Italia,* 31 marzo 1995.

[20] P.H. Duesberg, *Inventing the AIDS Virus*, Washington, D.C., Regnery Publishing Inc., 1996.

CAPITOLO SESTO
LA TERZA MISTIFICAZIONE: LA DEFINIZIONE DELLA MALATTIA

[1] Leads from MMWR Supplement 1 (S), «Revision of the CDC Surveillance Case Definition for AIDS», *JAMA*, 258, 1987, pp. 1143-54.
[2] CDC, «Classification system for HTLV-III/LAV infections», *Ann. Int. Med.*, 105, 1986, pp. 234-7.
[3] Leads from MMWR Supplement 1 (S), «Revision of the CDC Surveillance Case Definition for AIDS», *JAMA*, 258, 1987, pp. 1143-54.
[4] «CDC 1993 revised classification for HIV infection and expanded case definition for AIDS among adolescent and adults», *MMWR*, 41, 1992, pp. 1-21.
[5] Dopo le modifiche apportate nel 1987, il numero di casi è aumentato del 28% circa rispetto a quelli riportabili con la precedente definizione (R.M. Selik *et al.*, «Impact of the 1987 Revision of the Case Definition of AIDS in USA», *J AIDS*, 3, 1990, pp. 73-82); dopo quella del 1993, il numero potrebbe essere raddoppiarsi rispetto alla definizione del 1987 (S.W. Chang, «The New AIDS Case Definition», *JAMA*, 267, 1993, pp. 973-5).
[6] «CDC 1993 revised classification for HIV infection and expanded case definition for AIDS among adolescent and adults», *MMWR*, 41, 1992, pp. 1-21.
[7] Leads from MMWR Supplement 1 (S), «Revision of the CDC Surveillance Case Definition for AIDS», *JAMA*, 258, 1987, pp. 1143-54.
[8] «1993 revised classification for HIV infection and expanded case definition for AIDS among adolescent and adults», MMWR, 41, 1992, pp. 1-21.
[9] R. Ancelle-Park *et al.*, «Expanded European AIDS case definition», *Lancet*, 341, 1993, p. 441.

[10] (Bangui clinical definition 1986) «WHO. Provisional WHO clinical case definition for AIDS», *Wkly Epidemiol Rec.*, 62, 1986, pp. 72-3.
[11] Due sintomi maggiori + uno minore permettono la diagnosi (sintomi maggiori: diarrea o febbre della durata maggiore di un mese, perdita di peso rapida di più del 10%; sintomi minori: tosse persistente per più di un mese, prurito generalizzato, perdita di memoria, perdita delle facoltà intellettuali).
[12] Ministero della Sanità Pubblica, *Servizio per la Prevenzione e Controllo dell'AIDS*, Cameroon, 1990.
[13] Leads from MMMWR Supplement 1 (S), «Revision of the CDC Surveillance Case Definition for AIDS», *JAMA*, 258, 1987, pp. 1143-54.
[14] P. Duesberg, «AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors», *Pharmac. Ther.*, 55, 1992, pp. 201-277
[15] V. Beral, H.W. Jaffe *et al.*, «Kaposi's sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection?», *Lancet*, 1990, 335, pp. 123-8; cf. anche: Autori vari (letters), «AIDS and Kaposi's sarcoma pre-1979», *Lancet*, 335, 1990, pp. 969-70 e Papadopulos - Eleopulos *et al.*, «Kaposi's Sarcoma and HIV», *Medical Hypotheses*, 39, 1992, pp. 22-29.
[16] Dopo le modifiche apportate nel 1987, il numero di casi è aumentato del 28% circa rispetto a quelli riportabili con la precedente definizione (R.M. Selik *et al.*, «Impact of the 1987, Revision of the Case Definition of AIDS in USA», *J AIDS*, 3, 1990, pp. 73-82); dopo quella del 1993, l'aumento potrebbe raddoppiarsi rispetto alla definizione del 1987 (S.W. Chang, «The New AIDS Case Definition», *JAMA*, 267, 1993, pp. 973-5).

CAPITOLO SETTIMO
LA QUARTA MISTIFICAZIONE: STATISTICHE E PREVISIONI EPIDEMIOLOGICHE

[1] W. Blattner, R. Gallo e H.M. Tmin, *Science*, 261, 1988, pp. 514-17.

[1 bis] J. Laurence, L. Montagnier *et al.*, «Lymphadenophathy-associated viral antibody in AIDS», *N. Engl. J. Med.*, 311, 1984, pp. 1269-73. (percentuale di casi di AIDS anti-HIV positivi: 68%).

M.G. Sarngadharan, R.C. Gallo *et al.*, «Antibodies reactive with HTLV-III in the serum of patients with AIDS», *Science*, 224, 1984, pp. 506-8.(percentuale di casi di AIDS anti-HIV positivi: 88%).

B. Safai, R.C. Gallo *et al.*, «Seroepidemiological studies of HTLV-III in AIDS», *Lancet*, 1984, pp. 1438-40.(in questo studio, 100 % dei casi di AIDS – 34 pazienti – risultano sieropositivi, ma, ancora, il 16% di quelli affetti da LAS sono sieronegativi).

[2] Weekly Epidemiological Record, OMS, Ginevra, 50, 15 December 1995.

[3] Dati del ministero della Sanità, *Il Medico d'Italia*, 12, 1988, pp. 1 e 6.

[4] Comitato Nazionale per la lotta contro l'AIDS - ministero della Sanità, «Campagna di Informazione sull'AIDS», *Federazione Medica*, 7, 1991, pp. 441-468.

[5] Riportato su *Il Medico d'Italia*, 66, 1988, pp. 18-19.

[6] G. Ippolito, *Infezione da HIV ed operatori sanitari*, Roma, Il pensiero Scientifico Editore, Prima ed., 1990, pp. 40-41.

[7] Vedi capitoli dedicati all'argomento.

[8] ISS COA. AIDS in Italia, Aggiornamenti al 31 dicembre 1988 e al 31 dicembre 1995.

[9] N. Hodgkinson, «The plague that never was», *The Sunday Times*, 3 ottobre 93.

[10] *Ibidem.*

[11] *Ibidem.*

[12] *Ibidem.*

CAPITOLO OTTAVO
LA QUINTA MISTIFICAZIONE:
L'INCUBAZIONE A FISARMONICA

[1] P.H. Duesberg, «AIDS epidemiology: inconsistences with HIV and with infectious disease», *PNAS* (USA), 85, 1991, pp. 1575-9.

[2] F. Aiuti, «Dopo dieci anni di lotta», *Oggi*, 22 novembre 1993, pp. 52-56.

[3] D.T. Imagawa *et al.*, «HIV-1 Infection in Homosexual Men Who Remain Seronegative For Prolonged Periods», *N. Engl. J. Med.*, 320, 1989, pp. 1458-1462.

[4] W.A. Haselthine, «Silent HIV Infections», *N. Engl. J. Med.*, 320, 1989, pp. 1487-9.

[5] F. Aiuti, «Mettiamo al bando il sensazionalismo», *Il Giornale*, 12 giugno 1993.

[6] «Conviventi con l'HIV», *Corriere Salute*, 28 giugno 1993.

[7] F. Aiuti, «Dopo dieci anni di lotta», *Oggi*, 22 novembre 1993, p 52-56.

[8] M.S. Saag *et al.*, «Extensive variation of HIV type-1 *in vivo*», *Nature*, 334, 1988, p. 440.

J.L. Marx, «The AIDS virus cantake many guises», *Science*, 241, 1988, pp. 1039-40. Gli Autori così concludono: «I dati implicano che non esiste un'entità come un isolato virale (dell'AIDS virus)»

[9] D. Bolognesi in «AIDS and related diseases 1994» (Meeting), CRO, Aviano (Italy), April 9, 1994 (recording).

[10] L. Montagnier, «AIDS, a Different View», *Symposium*, Amsterdam, 24-26 May 1992.

CAPITOLO NONO
LA SESTA MISTIFICAZIONE:
L'«ALLARME PROSTITUTE»

[1] M. Spina *et al.*, «Infezione da HIV in 403 prostitute in Italia», *GIAIDS*, 1991, 2, pp. 121-122.

[2] Aggiornamento dei casi di AIDS conclamati notificati in Italia al 30 settembre 1993, COA (ministero della Sanità).

[3] Aggiornamento dei casi di AIDS conclamati notificati in Italia al 31 marzo 1995, AIDS COA(ministero della Sanità)

[4] R. Root-Bernstein, «The Prostitute Paradox», *Rethinking AIDS*, 1(3), 1993, pp. 1,4.

[5] H. Masur e A.M. Macher, AIDS (in Mandell/ Douglas/

Bennet, *Principles and practice of infectious diseases*, II ed., 1985, pp. 1670-4).

CAPITOLO DECIMO
LA SETTIMA MISTIFICAZIONE: LA «CATASTROFE AFRICANA»

[1] Dichiarazioni rilasciate alla II Conferenza Internazionale sull'AIDS, «L'HIV in bambini e donne», Edimburgo, 1993, *Il medico d'Italia*, «AIDS: nel 2000 colpite 13.000.000 di donne» 25 settembre 1993.
[2] Weekly Epidemiological Record, OMS, Ginevra, 50, 15 December 1995.
[3] *Ibidem.*
[4] N. Hodgkinson, «Epidemic of AIDS in Africa, a tragic myth», *The Sunday Times,* 21 marzo 1993.
Per ulteriori approfondimenti vedere: N. Hodgkinson, «The plague that never was», *The Sunday Times,* 3 ottobre 1993; N. Hodgkinson , *op. cit.,* 3 dicembre 1993; J. Shenton, «AIDS and Africa. Dispatches», *Channel Four Television,* London, 24 marzo 1993.

CAPITOLO UNDICESIMO
L'OTTAVA MISTIFICAZIONE: IL VACCINO IMPOSSIBILE

[1] L. Montagnier, «AIDS a different view», *Symposium,* Amsterdam, 24-26 May 1992.
[2] P.H. Duesberg, *Inventing the AIDS virus,* Regnery Publishing Inc., 1996.
[3] Mandell, Douglas e Bennet, *Principles and Practice of Infectious Diseases,* Churchill-Livingstone, III Edition, 1990.
[4] E.P. Eleopulos, V.F. Turner e J.M. Papadimitriou, «Is a positive Western Blot Proof of HIV Infection?», *Bio/Technology* 11, 1993, pp. 696-707.

[5] J. Maddox, «Aids research turned upside down», *Nature,* 353, 1991, p. 2.
[6] A.B. Sabin, «Effectiveness of AIDS Vaccines», *Science,* 251, 1991, p. 1161.
[7] Id., «HIV vaccination dilemma», *Nature,* 362, 1993, pp. 212.
[8] J. Salk, «Prospects for the control of AIDS by immunizing seropositive individuals», *Nature,* 327, 1987, pp. 473-6.
[9] Riportato in P. Simoni, «Vaccino USA ferma l'AIDS», *Il Giornale,* 13 giugno 1991.
[10] «Vaccino USA ferma l'AIDS» *Il Giornale* 13 giugno 1991: riporta un esperimento di un gruppo di studiosi dell'Istituto di ricerca medica dell'esercito americano, Walter Reed, diretto da Robert Redfield effettuato su un gruppo di 30 sieropositivi per «il virus dell'AIDS». A dispetto del titolo i risultati sono tutt'altro che brillanti.
[11] «Death in vaccine trial trigger French enquiry», *Science,* 252, 1991, pp. 501-2.
[12] P. Dri, «Il vaccino anti-AIDS nella bufera», *Tempo Medico,* 1 maggio 1991.
[13] M. Scolaro *et al.*, «Potential molecular competitor for HIV», *Lancet,* 337, 1991, pp. 731-2.
[14] J. Moore e R. Anderson, «The who and why of HIV vaccine trials», *Nature,* 372, 1995, pp. 313-4.
W.C. Koff, «The next step toward a global AIDS vaccine», *Science,* 266, 1995, p. 1631.
[15] R.C. Gallo in «AIDS and related diseases 1994» (Meeting), CRO, Aviano (Italy), 9 aprile 1994 (registrazione).

CAPITOLO DODICESIMO
LA NONA MISTIFICAZIONE: LA «TERAPIA» CON AZT

[1] J. Lauritsen, *Poison by prescription,* New York, Asklepios, 1990.
[2] Nel marzo del 1987 venne approvato in Inghilterra, sulla base degli studi americani, prima ancora che fosse approva-

to in USA. Negli otto mesi successivi venne approvato, senza che altre sperimentazioni fossero completate, in altre 35 nazioni. In Italia fu registrato nel luglio 1987.

[3] M.J. Walker, *Dirty Medicine*, London, Slingshot Publications, 1993.

[4] P.A. Furman *et al.*, «Phosphorylation of AZT and selective interaction of the 5'-triphosphate with HIV reverse transcriptase», *PNAS*, 83, 1986, pp. 8333-7.

[5] V.I. Avramis *et al.*, «Biochemical pharmacology of zidovudine in human T- lymphoblastoid cells (CEM)», *AIDS*, 3, 1989, pp. 417-422.

[6] D.J. Hart *et al.*, «Inhibition of RNA-dependent DNA polymerase of normal cells by activated AZT: a possible basis of drug toxicity?», in *Abstracts of International Coinference on AIDS*, Florence 1991, vol. I, p. 110.

[7] ISS Commissione Nazionale AIDS, *Linee-guida nazionali per la terapia antiretrovirale dell'infezione da HIV*, ottobre 1992.

[8] J.I. Tokars *et al.*, «Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood», *Ann. Intern. Med.*, 118, 1993, pp. 913-9.

[9] Physicians'Desk Reference, «Medical Economics Data, N.J. Oradell», PDR, 45 edition 1991, p. 794.

[10] H.I. Chernov, «Review and evaluation of pharmacology and toxicology data», NDA 19-655, 29 dicembre 1986 (documento della FDA rilasciato in base al «Freedom Of Information Act»).

[11] Moore *et al.*, *JAMA*, 265, 1991, pp. 2208-11.

[12] P.H. Duesberg, «AIDS acquired by drug consmption and other non contagious risk factors», *Pharmac. Ther.*, 55, 1992, pp. 201-277.

[13] «Si è registrato un progressivo aumento dei pazienti morti con linfoma (e in cura con AZT), fino ad un totale di 16%», B.S. Peters *et al.*, *BMJ*, ed. it. 16, 1992, pp. 119-25.

[14] J.M. Pluda *et al.*, *Ann. Int. Med.*, 113, 1990, pp. 276-82.

[15] P.H. Duesberg, «AIDS acquired by drug consmption and other non contagious risk factors», *Pharmac. Ther.*, 55, 1992, pp. 201-277.

[16] «I topi nudi atimici hanno una normale incidenza di tumori spontanei. Inoltre il solo aumento di cancro riportato in pazienti immunodepressi, era correlato al sistema linforeticolare, bersaglio dei medicinali impiegati», I. Roitt, *Essential Immunology*, Blakwell, VII ed., 1991, p. 298.

[17] R. Yarchoan *et al.*, «Clinical Pharmacology of AZT and related dideoxynucleosides», *N. Engl. J. Med.*, 1989, pp. 726-738.

[18] From the Centers for Disease Control, «Opportunistic Non-Hodgkin Lymphomas Among Severely Immunocompromised HIV-Infected Patients Surviving for Prolonged Periods on Antiretroviral Therapy – United States», *JAMA*, 266, 1991, pp. 1620-1.

[19] C.S. Rabkin *et al.*, «Incidence of Lymphomas and other Cancers in HIV infected and HIV-uninfected Patients With Hemophilia», *JAMA*, 267, 1992, pp. 1090-4.

[20] S. Garattini, «Il punto sulla zidovudina», *Ricerca e Pratica*, nov. - dic. 1993, pp. 185-191.

[21] M.A. Fischl *et al.*, «The efficacy of AZT in the treatment of patients with AIDS and ARC», *N Engl J Med*, 317 (4), 1987, pp. 185-91.

[22] J. Lauritsen, *Poison by prescription*, New York, Asklepios, 1990.

[23] M.A. Fischl *et al.*, «Prolonged Zidovudine Therapy in patients with AIDS and advanced», *ARC. JAMA*, 262, 2, pp. 405-10.

[24] J. Lauritsen, *Poison by prescription*, New York, Asklepios, 1990.

[25] T. Creagh-Kirk *et al.*, *Survival Experience Among Patients With AIDS Receving Zidovudine (Follow-up of Patients in Compassionate Plea Program)*.

[26] P.A. Volberding, «Zidovudine in Asymptomatic HIV infection», *N. Eng. J. Med.*, 322, 1990, pp. 941-9.

[27] W.R. Lenderking, P.A. Volberding *et al.*, «Evaluation of the quality of life associated with AZT treatment in

asymptomatic HIV infection», *N. Engl. J. Med.*, 330, 1994, pp. 738-43.

[28] P.H. Duesberg, «AIDS acquired by drug consmption and other non contagious risk factors», *Pharmac. Ther.*, 55, 1992, pp. 201-277.

[29] J. Lauritsen, *The AIDS war*, New York, Asklepios, 1990.

[30] E. Dournon *et al.*, «Effects of Zidovudine in 365 consecutive patients with AIDS or AIDS -related complex», *Lancet*, 1988, ii, pp. 1297-302.

[31] J.D. Hamilton *et al.*, «A controlled trial of early versus late treatment with AZT in symptomatic HIV infection», *N. Eng. J. Med.*, 326, 1992, pp. 437-443.

[32] J.P. Aboulker e A.M. Swart, «Preliminary analysys of the Concorde trial», *Lancet*, 341, 1993, pp. 889-890.

[33] Concorde Coordinating Comittee, «Concorde: MRC/ANRS randomised double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infecion», *Lancet*, 343, 1994, pp. 871-81.

[34] J. Lauritsen, «The "AIDS" War. New York», *Native*, 1991, August 12, pp. 14-18.

[35] C. Farber in P.H. Duesberg, *Inventing the AIDS virus*, Regnery Publishing Co., 1996, pp. 337-339.

[36] «Incarichi incompatibili in commissione AIDS», *Med. It.*, 27 dicembre 1993 (nella commissione che decide i protocolli terapeutici ci sono ricercatori che intrattengono rapporti economici con le Ditte farmaceutiche).

[37] «AIDS, La LILA lamenta connivenze medici-farmaci», *Il Manifesto*, 10 aprile 1994.

[38] B. Deer, *The Sunday Times*, 29 agosto 1993.

[39] E. Manacorda, «Il nuovo guardiano della salute USA», *Tempo Medico*, 25 marzo 1992, p. 18.

[40] J. Lauritsen, «The AIDS War. New York», *Native*, 12 agosto 1991, pp. 14-18.

[41] Vedi nota precedente

[42] Foglietto illustrativo del Videx, Bristol-Myers Squibb, 1° dicembre 1992.

[43] P. Philpott, «Doctors claim "home run" with "cocktail" mixture of AZT and new "Protease inhibitors"», *Reappraising AIDS*, 4 (3), 1996, pp. 1-4.

CAPITOLO TREDICESIMO
LA DECIMA MISTIFICAZIONE: I TEST DELL'AIDS

[1] Nei due test, il siero del paziente viene messo a contatto con le proteine virali (antigeni); se vi sono anticorpi contro le stesse proteine, questi si legheranno e saranno poi evidenziati con una seconda reazione; nel WB le proteine sono separate in bande con elettroforesi, in modo da riconoscerle separatamente.

[2] R. Weiss e S.O. Thier, «HIV testing is the answer – what is the question?», *N. Eng. J. Med.*, 319, 1988, pp. 1010-2.

[3] R. Maver, «Testing AIDS test», *Rethinking AIDS*, 1, 1993, p. 4. I CDC stimano che in USA vi siano 1.000.000 di sieropositivi, cioè lo 0,4% della popolazione. ELISA e WB correttamente identificano i 99,8% dei 9.960 negativi(10.000 - 40), mentre lo 0,2% di questi (20) sono non correttamente identificati; in che maniera? Chiamandoli HIV positivi.

Ma la situazione è ancora peggiore di questa: tra gli eterosessuali che non sono ad alto rischio per l'infezione, la stimata incidenza (CDC) è del 0,04%. Se testiamo una popolazione di 100.000 persone, 40 risulteranno i veri sieropositivi, mentre i falsi positivi saranno 200 (5 volte tanto!).

[4] E.P. Eleopulos, V.F. Turner e J.M. Papadimitriou, «Is a positive Western Blot Proof of HIV Infection?», *Bio/Technology*, 11, 1993, pp. 696-707.

[5] N. Hodgkinson, «New douts over AIDS as HIV test declared invalid», *The Sunday Times*, 1 agosto 1993 (nell'articolo viene riportata una dichiarazione del Dr. P. Mortimer della divisione virologica del ministero della Sanità Britannico al riguardo).

[6] R.J. Biggar *et al.*, «Elisa HTLV retovirus antibody reactivity associated ith malaria and immunecomplexes in healthy Africans», *Lancet*, 1985, ii, pp. 520-3.

[7] O. Kashala *et al.* (incluso Essex), «Infection with HIV and HTLV viruses among leprosy patients and contacts», *JID,* 169, 1994, pp. 269-304.
[8] A. Voevodin, «HIV screening in Russia» (letter), *Lancet,* 339, 1992, p. 1548.
[9] D.S. Burke *et al.*, «Measurement of the false positive rate in a screening program for HIV infections», *N. Eng. J. Med.,* 319, 1988, pp. 961-4.
[10] S. Zolla-Pazner *et al.*, «Reinterpretation of HIV Western Blot Patterns», *N. Eng. J. Med.*, 320, 1989, pp. 1280-1.
[11] K.B. Meyer and S.G. Pauker, «Screening for HIV Can we afford the false positive rate?», NEJM, 317, 1987, pp. 238-241.
[12] P. Romani «Test anti-AIDS insicuri, Parigi ne ritira 9 su 31», *Il Giornale,* 28 luglio 1993.
[13] Il virus, in effetti non viene isolato, ma la sua presenza dedotta in base a prove indirette, come vedremo.
[14] E.M. Sloand *et al.*, «HIV testing – State of the Art» (Review), *JAMA,* 266, 1991, pp. 2861-6.
[15] C. Defer *et al.*, «Multicentre quality control of polymerase chain reaction for detection of HIV DNA», *AIDS,* 6, 1992, pp. 659-63.

CAPITOLO QUATTORDICESIMO
LA MADRE DI TUTTE LE MISTIFICAZIONI: IL VIRUS CHE NON C'È

[1] S. Panem, «C-Type virus Expression in the Placenta», *Current Top Pathol,* 66, 1979, pp. 175-189.
[2] J.K. Brennan *et al.*, «Isolation of variant lymphoma cells with reduced growth requirementsand enhanced oncogenicity», *Blood,* 47, 1976, pp. 447-59.
[3] S. Lanka, «HIV: reality or artifact?», *Continuum,* May 1995, 4-9.
[4] G.B. Dermer, *The Immortal Cell: Why Cancer Research Fails,* N.Y., Garden City Park, Avery Publishing Group, 1994.
[5] B.J. Ellison e P.H. Duesberg, *Why will never win the war on aids,* El Cerrito CA., Inside Story Communications, 1994.

[6] *Ibidem.*
[7] T. Beardsley, «1/1994. A wor not won», *Scientific American,* 70, p. 118.
[8] H.M. Temin e D. Baltimore, «RNA-directed DNA synthesis and RNA tumor viruses», *Adv. Vir. Res.,* 17, 1972, pp. 129-186.
Sarngadharan Robert Guroff & Gallo, «DNA polymerase of normal and neoplastic mammalian cells», *Biochim Biophisica Acta,* 516, 1978, pp. 419-487. («Tutte le polimerasi cellulari, alfa, beta e gamma possono copiare il primer-template AdT15», *usato da tutti i ricercatori per provare l'infezione da HIV)*
M.A. Martin *et al.*, «Identification and cloning of endogenous retroviral sequences present in human DNA», *PNAS,* 78, 1981, pp. 4892-4896.
D.L. Mager e P.S. Henthorn, «Identification of a retrovirus-like repetitive element in human DNA», *PNAS,* 81, 1984, pp. 7510-7514.
D. Baltimore, «Retroviruses and Retrotransposons: The Role of Reverse Transcription in Shaping the Eukaryotik Genome», *Cell,* 4, 1985, pp. 481-482.
H. Varmus, «Reverse transcription», *Sc. Am.*, 257, 1987, pp. 48-54.
D.L. Mager e D. Freeman, «Human endogenous retrovirus-like genome with Type C pol sequences related to human T-Cell Lymphotropic viruses», *J. Virol.*, 61, 1987, pp. 4060-4066.
M.A. Martin *et al.*, «Identification and cloning of endogenous retroviral sequences present in human DNA», *PNAS,* 78, 1981, pp. 4892-4896.
[9] A. Weissbach, D. Baltimore, *et al.*, «Nomenklature of eukariotic DNA polymerases», *Science,* 190, 1975, pp. 401-2.
[10] E. Papadopulos-Eleopulos *et al.*, «Has Gallo proven the role of HIV in AIDS?», *Emergency Medicine,* 5, 1993, pp. 113-123.
[11] F. Barré-Sinoussi *et al.* (including L. Montagnier), «Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for aquired immune deficiency syndrome (AIDS)», *Science,* 220, 1983, pp. 868-871.

[12] M. Popovic *et al.* (incluso Gallo), «Detection, islation and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS», *Science,* 224, 1984, pp. 497-500.

[13] C.J. O'Hara *et al.*, «The ultrastructural and immunohistochemical demonstration of viral particles in Lymph nodes from HIV-related lymphadenopathy syndromes», *Hum. Pathol.*, 19, 1988, p. 545.

[14] G. Luo e J. Taylor, «Template Switching by Reverse Transcriptase during DNA Syntesis», *J. Virol.*, 64, 1990, pp. 4321-4328.

[15] Vedi nota 23.

[16] B.H. Hahn *et al.*, «Genetic Variation in HTLV-III/LAV Over Time in Patients with AIDS or ai Risk for AIDS», *Science,* 232, 1986, pp. 1548-1553.

CAPITOLO QUINDICESIMO
MA ALLORA, DI CHE COSA SOFFRONO
E MUOIONO I COSIDDETTI «MALATI DI AIDS»?

[1] P. Duesberg, *Inventing the AIDS Virus,* Regnery Pub. Co, Washington, 1996.

[2] L. De Marchi, «La cosiddetta epidemia del cosiddetto AIDS», Conversazione a *Radio Radicale* del 28 agosto 1995.

PARTE SECONDA
IL DISSENSO IMBAVAGLIATO

CAPITOLO PRIMO
LUIGI DE MARCHI, PIONIERE DELLA LOTTA
CONTRO IL «TERRORISMO AIDS»

[1] L. De Marchi , «Dichiarazioni all'ANSA sull'AIDS», 22 gennaio 1987, «Un teorema terroristico», Intervista a *Paese sera,* 26 gennaio 1987; Conferenza Stampa, «Allarmismi Infondati», 11 febbraio 1987; *Un libro bianco, anzi giallo,* Sugarco, Milano, febbraio 1988.

CAPITOLO SECONDO
PETER DUESBERG, PIONIERE DELLA LOTTA
CONTRO LA TEORIA VIRALE DELL'AIDS

[1] Un fondo straordinario per la ricerca assegnato dal NCI (Istituto Nazionale per il Cancro statunitense) e che venne così motivato nel 1986: (affinché il prof. Duesberg) «si avventuri in nuovi territori», «conduca una ricerca ad alto rischio» e «si ponga questioni creative».

[2] P. Duesberg, «Retroviruses as Carcinogens and Pathogens», *Cancer Research,* 47, April 1987, pp. 1199-1120.

[3] W.A. Booth, «A Rebel without a Cause», *Science,* 239, 1988, p. 1485.

[4] *Ibidem.*

[5] «Modern Trends in Human Leukemia VI» (Neth, Gallo, Greaves, Janka eds.), *Haematology and Blood Tranfusion,* vol. 29, Springer-Verlag Berlin Heildeberg, 1985.

[6] P.H. Duesberg, *HIV and AIDS: Correlation but not Causation, Proceedings of the National Academy of Sciences,* USA, 86, February 1989, pp. 755-64.

[7] M.S. Ascher *et al.*, «Does drug cause AIDS», *Nature,* 362, 1993, pp. 103-4.

Venne pubblicata, comunque su *Lancet* (341, 1993, pp. 958-9) e su *Rethinking AIDS* (1 (6), 1993, pp. 1, 4).

[8] L. Checo-Bianchi e G.B. Rossi (letter), *Nature,* 1993, p. 96.

CAPITOLO TERZO
ALTRI PROTAGONISTI DEL DISSENSO SCIENTIFICO

[1] E. Papadopulos-Eleopulos *et al.*, «Is a positive Western Blot proof of HIV infection?», *Bio/Tecnology,* 11, 1993, pp. 696-707.

[2] R. Root Bernstein, *Rethinking AIDS: The Tragic Cost of Premature Consensus,* New York, The Free Press, 1993.

[3] K. Mullis, cit. in Hodginson, N., *AIDS: Can we Afford to be Positive?,* «The Sunday Times», April 22, 1992.

[4] *Ibidem.*

[5] J. Lauritsen, *Poison by prescription: The AZT story,* New York, Asklepios, 1990, pag. 28.
[6] Id., *The AIDS WAR,* New York, Asklepios, 1993.

PARTE TERZA
QUALCHE ALTRO «CAPOLAVORO»
DELLA MEDICINA UFFICIALE

CAPITOLO PRIMO
UNA STORIA ISTRUTTIVA:
LA NEUROPATIA MIELO-OTTICA

[1] R. Kono, «Introductory review of subacute myelo-optico-neuropathy (SMON) and its studies done by the SMON research Commission», *Jap. J. Med. Sci. Biol.,* 28(S), 1975, pp. 1-21.
[2] P. Croce, *Vivisezione o Scienza - una scelta,* S. Piero a Sieve (Firenze), U.N.A. edit., 5ª ed., 1992.
[3] E. Totsuka (uno degli scienziati che fecero parte della Commissione giapponese) lettera su *The Times,* 27 giugno 1990.
[4] C. Zanussi, *Terapia Medica Pratica,* Torino, UTET, ed. 1984.
[5] *Medico e Paziente. I farmaci della medicina pratica. Prontuario 1988-1989,* Edifarm, p. 133.
[6] D. Bassetti, *Chemioterapici Antinfettivi e Loro Impiego Razionale,* Intramed Communication, 1991, pp. 529-530.
[7] J. Shenton, «The Story of SMON» dal pamphlet «Kill or cure? – Drug injury and what to do about it», edited by J. Shenton e J. Adams, pubblicato da Channel Four Television, London, 1984. Riportato e commentato in:
J. Lauritsen, *The AIDS War,* New York, Asklepios, 1993.

CAPITOLO SECONDO
LA SIFILIDE: UN'ALTRA PESTE IMMAGINARIA?

[1] C. Quetél, *Il mal francese,* Milano, Il Saggiatore, 1993 (traduzione de «Le mal de Naple»!)

[2] H.M. Koelbing, *Storia della terapia medica,* Ciba-Geigy Ed., 1989, p. 83 e seg.

CAPITOLO TERZO
SIFILIDE E AIDS:
DUE DONI DELLA FOLLIA «SCIENTIFICA»

[1] E.G. Clark e N. Dandolt, «The Oslo Study of the Natural Course of Untreated Syphilis», *Medical Cli.,* North American, 48, 1964, p. 613.
[2] C. Quetél, *Il mal francese,* Milano, Il Saggiatore 1993 (traduzione de «Le mal de Naple»!).

CAPITOLO QUARTO
I «VIRUS LENTI», FANTOMATICI ANTENATI
DEL FANTOMATICO HIV

[1] Mandell, Douglas, Bennet, *Principles and Practice of Infectious Diseases,* Churchill-Livingstone, III ed., 1990.
P.H. Duesbeg e J.R. Schwarz, «Latent viruses and mutated oncogenes: no evidence for pathogenicity. Prog. Nucleic Acid Res.», *Molec. Biol.,* 43, 1992, pp. 135-204.
B.J. Ellison e P.H. Duesberg, *Why we will never win the war on AIDS,* El Cerrito CA., Inside Story Communications, 1994.
[2] W.A. Blattner, *Human Retrovirology: HTLV,* Raven NY, Blattner WA ed., 1990, p 251.
[3] R. Gallo, *Virus Hunting,* USA, A New Republic Book, 1991.
[4] Kolata, «Antropologists suggest cannibalism is a myth». *Science,* 232, 1986, pp. 1497-1500.
[5] S.B. Prusiner, «The prion disease», *Scientific American,* 1, 1995, pp. 48-57. Ecco qualche significativa citazione da questo lavoro: «I geni che codificano per la proteina prionica (PrP) sono presenti nei cromosomi di criceti, topi, mammiferi, uomo compreso. E, di più ancora, questi animali spesso la sintetizzano senza ammalarsi.» C'è una forma normale ed una alterata? Ce lo dice ancora Prusiner: «La forma infettiva della proteina spesso ha la stessa sequenza di aminoacidi della pro-

teina normale.» E non sono state neanche riscontrate differenze a distanza di tempo, nonostante studi approfonditi. «Le inoculazioni di prioni negli animali non hanno causato nessuna malattia né fu rivelata alcuna prova di replicazione dei prioni». Insomma, ancora un desolante pugno di mosche.

PARTE QUARTA
FATTORI PSICOLOGICI DELLA «PESTE DEL 2000»

CAPITOLO PRIMO
PERCHÉ IL TERRORISMO?

[1] L. De Marchi, *AIDS, un libro bianco, anzi giallo,* Milano, Sugarco, febbraio 1988.

CAPITOLO SECONDO
REPRESSIONE SESSUALE E OPPRESSIONE SOCIALE

[1] W. Reich, *Psicologia di massa del fascismo,* Milano, Feltrinelli, 1964 (1ª ed., Berlino, 1934).
[2] *Ibidem,* Cap. 3.
[3] L. De Marchi, *Sesso e civiltà,* Bari, Laterza, 1958.
[4] L. De Marchi, *Repressione sessuale e oppressione sociale,* Milano, Sugarco, 1964; *Poesia del deserto,* La nuova Italia, Firenze, 1992.

CAPITOLO TERZO
LA NASCITA DELLA PSICOLOGIA POLITICA

[1] L. De Marchi, *Psicopolitica,* Sugarco, 1975.
[2] L. De Marchi, *Baci e Duci – Psicologia del totalitarismo,* Programma TV di RAIDUE, 1985.

CAPITOLO SESTO
LA TRADIZIONE TERRORISTICA NEL MONDO MEDICO

[1] G. Sinibaldi, *Geneanthropeia,* Londra, 1658.

[2] Cit. in *The Other Victorians,* by S. Marcus, London, 1966.

CAPITOLO SETTIMO
MASTURBAZIONE E SADISMO MEDICO

[1] W. Acton, *Function and Disorders of the Reproductive Organs,* London, 1857.
[2] *Ibidem,* p. 106.
[3] *Ibidem,* p. 136.
[4] Marcus, *op. cit.*

CAPITOLO OTTAVO
ORRORI DELL'ERA VITTORIANA

[1] I.B. Brown, *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Histeria in Females,* London, 1839.
[2] Y.L. Milton, *On the Patology and Treatment of Spermatorrea,* London, 1887.
[3] A. Eyer, «Clitoridectomy for the Cure of Certain Cases of Masturbation in Young Girls», in *International Medical Magazine,* 3, 1984.
[4] A. Comfort, *The Anxiety Makers,* London, Panther Books, 1968.

CAPITOLO NONO
LUMINARI... OSCURANTISTI

[1] Cit. in E. Biagi, *Il sole malato,* Milano, Mondadori, 1987, p. 78.
[2] *Corriere della sera - Scienza,* 27 gennaio 1987.

CAPITOLO DECIMO
MOTIVAZIONI ECONOMICHE E
CARRIERISTICHE DEL TERRORISMO

[1] *Europeo,* 5 settembre 1987, p. 85.
[2] *Ibidem,* p. 86.

CAPITOLO DODICESIMO
UNA CREDULITÀ DIFFUSA

[1] L. De Marchi, *Psicopolitica,* Milano, Sugarco, 1975.

CAPITOLO TREDICESIMO
LE RADICI DELL'ANGOSCIA MODERNA

[1] L. De Marchi, *Scimmietta ti amo – Psicologia, Cultura, Esistenza da Neandertal agli scenari atomici,* Milano, Longanesi, 1984.
[2] *Ibidem,* p. 32.

CAPITOLO QUATTORDICESIMO
ANGOSCIA PRIMARIA E DIFESA RELIGIOSA

[1] L. De Marchi, *Scimmietta ti amo,* cit., pp. 28-29.
[2] *Ibidem,* p. 136.

CAPITOLO DICIOTTESIMO
I MEDICI E L'ANGOSCIA DI MORTE

[1] J.D. Urbain, *Morte,* in Enciclopedia Einaudi, Torino, vol. 9, 1980.
[2] J. Gorer, «The Pornography of Death», in *Encounter,* London, Oct. 1955.
[3] G.B. Glaser & A.L. Strauss, *Time for Dying,* Chicago, Aldine, 1968.

INDICE